

***MINISTERO DELL’ISTRUZIONE***

***UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO***

***Istituto Comprensivo Statale “Antonio Montinaro”***

***Via Emilio Macro,25 – 00169 Roma – C.F. 97713930580***

RMIC8E600X@ISTRUZIONE.IT🕿*0623238844*  fax *0623236760*

**sito web: [www.icantoniomontinaro.edu.it](http://www.icantoniomontinaro.edu.it)**



**MODELLO DI DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTENZA PERSONA IN SITUAZIONE DI HANDICAP**

 **(*art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001)***

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

 **dell’Istituto Comprensivo “Antonio Montinaro”**

**Roma**

**OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , residente in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_) Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.

\_\_\_\_\_\_ in servizio presso questa scuola in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con rapporto a tempo indeterminato deteminato

**CHIEDE**

di usufruire del congedo biennale retribuito di cui all’art. 42, co 5, del D.lgs 151/2001, come modificato da sentenze della Corte Costituzionale n. 233 dell08/06/2005 e n. 19 del 26/01/2009 in quanto:

* Genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni
* Genitore della persona disabile di età superiore a tre anni
* Parente, affine o coniuge di una persona con disabilità (se figli, deve essere

autocertificato se esistono altri fratelli che coabitano con i genitori e, nell’ipotesi che esistano, che non abbiano richiesto di usufruire di tale beneficio)

A tal fine ai sensi dell’art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità

**DICHIARA**

 che l’ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella seduta del

\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha riconosciuto la gravità dell’handicap (ai sensi dell’art. 3

comma 3 della Legge 104/1992) di:

Cognome e Nome

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (1) (data adozione/affido)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data e Luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_\_\_ come risulta da documentazione che si allega.

* di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata
* che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituto specializzati
* di essere convivente (2) con il soggetto portatore di handicap all’indirizzo sopraindicato
* che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso portatore di handicap
* che i genitori della persona disabile in situazione di gravità sono entrambi deceduti o totalmente inabili (allegare certificazione)
* che la persona disabile in situazione di gravità non ha figli o non convive con alcuno di essi
* che la persona disabile in situazione di gravità non ha fratelli o non convive con alcuno di essi
* che gli altri parenti entro il terzo grado di parentela della persona disabile in situazione di gravità non convivono con essa
* di essere a conoscenza della rinuncia degli altri figli di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità con esso/a conviventi ad usufruire per lo stesso genitore del congedo straordinario retribuito negli stessi periodi da me richiesti
* che altri familiari di mio/a padre/madre hanno già usufruito di n.\_\_\_\_\_\_ giorni di congedo straordinario per lo stesso genitore disabile in situazione di gravità
* di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto: dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_

* di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti “ per gravi e documentati motivi familiari” (art.4, comma 2, Legge n. 53//2000)

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_

di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

intero

gg.:\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi:\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi:\_\_\_\_\_

gg.:\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi:\_\_\_\_\_

gg.:\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi:\_\_\_\_\_

gg.:\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi:\_\_\_\_\_

gg.:\_\_\_\_\_

frazionato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi:\_\_\_\_\_

gg.:\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi:\_\_\_\_\_

gg.:\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi:\_\_\_\_\_

gg.:\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi:\_\_\_\_\_

gg.:\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi:\_\_\_\_\_

gg.:\_\_\_\_\_

* di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 del TU delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, DPR N. 445 DEL 28/12/2000

**AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.**

Si allega:

* Copia fotostatica autenticata del certificato attestante l’handicap rilasciato dalla competente commissione medica, Legge 104/1992, operante presso l’ASL
* Certificato di nascita del familiare o autocertificazione
* Autodichiarazione rilasciata dagli altri aventi diritto di non aver fruito del congedo ovvero attestante i periodi di congedo fruiti

Roma, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visto

Il Dirigente Scolastico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento); Parente o

affine entro il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc)

1. Per convivenza si deve intendere solo la residenza, luogo in cui la persona ha la dimora abituale (Messaggio INPS N. 19583/02/09/2009).