

**MODELLO DI DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE
FAMILIARE DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'**
(art. 42, comma 5 e ss. D.L.vo N.151/2001)

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC BOVA MARINA – CONDOFURI – BRANCALEONE – BRUZZANO**

Il sottoscritto _____
nato il _____ a _____, C.F. _____
residente in _____ (_____) Via _____ n. _____
in servizio presso questa scuola in qualità di _____
con rapporto di lavoro a Tempo _____

CHIEDE

di poter fruire 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 dell'08/06/2005 e n. 19 del 26/01/2009, in quanto:

- figlio/a di persona disabile
- coniuge
- fratello/sorella
- nuora/genero

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'INPS 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 _____ Grado di parentela _____
Data e Luogo di nascita _____
Residente a _____ (Prov. _____)
Via /P.zza _____ n. _____
come risulta da documentazione allegata;
- di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;
- che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverata/o a tempo pieno presso istituto specializzato;
- che il proprio familiare portatore di handicap grave non è impegnato in attività lavorativa;

- di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopraindicato;
- di essere residente con il/la proprio/a _____ nome e cognome _____ in situazione di disabilità grave;
- che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso soggetto portatore di handicap;
- che la persona disabile in situazione di gravità ha figli 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;
- che il proprio familiare portatore di handicap grave è stato accertato che non / è rivedibile in data _____ ;
- di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:

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 voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

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 art. 71,75 e 76 – T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, D.P.R. n.445 del 28/12/2000

Bova Marina, li _____

(Firma)