MODELLO DI DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE IL GENITORE DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA’

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

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

 **ISTITUTO COMPRENSIVO “M. SQUILLACE”**

 Via Pelaggi, 1 – MONTEPAONE CZ

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

Il/La sottoscritto/a nato il a ,

C.F. , residente in ( )

Via n. in servizio presso questa scuola in qualità di

CHIEDE

Ai sensi dell’art. 42, comma 5 D.L.vo N. 151/2001 di poter fruire di un congedo straordinario retribuito per assistere il padre/la madre/figlio/figlia ecc. sig./ra nato/a a prov il

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In situazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell’art.3 comma 3, della legge 104 del 5 febbraio 1992 dal ASL/INPS/Tribunale di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rivedibile alla data del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Non rivedibile

**Per il periodo dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

DICHIARA

* + 1. di essere convivente con il genitore/figlio Sig/ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
		2. che la persona da assistere è stato riconosciuto in condizioni di disabilità grave ai sensi dell’art.3 comma 3, della legge 104/1992;
		3. che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito per assistere il medesimo soggetto;
		4. di aver già fruito di periodi di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto per un

numero di mesi: gg. dal al

 numero di mesi: \_\_\_\_\_gg. \_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + 1. di aver già fruito nell’arco della propria vita lavorativa, per assistere altri familiari disabili di periodi di congedo straordinario retribuito per un numero di giorni, pari a ;
		2. che il genitore in situazione di disabilità grave non ha altri figli conviventi;
		3. che il coniuge/genitore del soggetto da assistere è deceduto;
		4. che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno;
		5. di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione di notizia a situazione dichiarata nel presente modulo , di essere altresì consapevole che l’amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che , in caso di dichiarazioni di dichiarazioni false, potrà subire un procedimento e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Montepaone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

*Si allega:*

* *Copia conforme all’originale del certificato attestante l’handicap rilasciato dalla competente commissione medica legge 104/1992 operante presso l’ASL di*
* *Certificato di residenza;*
* *Situazione di famiglia;*
* *N. Autodichiarazioni rilasciate dal sottoscritto e dai congiunti;*
* *Fotocopie documenti identità*