ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
IC CAMIGLIANO

OGGETTO: **Richiesta congedo biennale per assistenza soggetto con handicap in situazione di gravità**

_l_sottoscritt_____nat__il_____a _____

(Prov.____)residente a _____ Prov.____),

Via/P.zza _____ n.____, in servizio presso codesta Istituzione

scolastica in qualità di _____ con rapporto di lavoro a Tempo

☐ Indeterminato ☐ Determinato

C H I E D E

di usufruire del congedo biennale retribuito di cui ad art. 42, c. 5, D. Lgs n. 151/2001, come modificato da sentenze Corte Costituzionale n. 233/08.06.2005 e n. 19 /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 figlio, 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, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

☐ Che l'ASL di _____, nella seduta del ___/_____/_____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), rivedibile: ☐ SI ☐ NO di:

Cognome e Nome _____Grado di parentela (1)_____

(data adozione/affido) _____ Data e luogo di nascita _____

Residente a _____, (Prov. _____), Via/P.zza _____, n. ____
come risulta dalla certificazione 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 ricoverata a tempo pieno presso Ospedali o altri Istituti;

☐ che nessun altro famigliare beneficia del congedo per lo stesso soggetto portatore di handicap

☐ che per assistenza al genitore l'altro coniuge è deceduto o affetto da patologie gravi:

☐ che il genitore da assistere è vedovo/a:

☐ di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;

☐ di non aver mai usufruito per altri soggetti di benefici per congedo biennale retribuito di cui ad art. 42, c. 5, D. Lgs n. 151/2001, come modificato da sentenze Corte Costituzionale n. 233/08.06.2005 e n. 19 /26.01.2009,

☐ di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

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 aver già fruito, in tutta la vita lavorativa, di congedi straordinari con indennizzo e non retribuiti (art 4, comma 2. L.53/2000) sia per il presente familiare con handicap grave, che per altri familiari o per altri gravi motivi personali (massimo 2 anni per lavoratore) per i seguenti periodi:

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 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il/la sottoscritto/a, è inoltre consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.
Dichiara inoltre che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e che è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni mendaci (art. 495 c.p. e artt. 75 e 76 del DPR 445/2000).

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

Data, _____ _____
Firma

1 Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento);
2 per convivenza si deve intendere solo la comune residenza, luogo in cui la persona ha la dimora abituale (Messaggio INPS n.19583/02.09.09)

VISTO:

LA DIRIGENTE SCOLASTICO

☐ SI CONCEDE
☐ NON SI CONCEDE

Dott.ssa Gioia Giuliani