

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
“ALDO MORO”
CANEGRATE

Oggetto: Richiesta congedo biennale per assistenza soggetto con handicap in situazione di gravità.

 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

CHIEDE

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), di:

Cognome e Nome

Grado di parentela

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 istituti specializzati, SALVO IL CASO IN CUI LA PRESENZA DEL GENITORE/FAMILIARE SIA ESPRESSAMENTE RICHIESTA DAGLI STESSI SANITARI: PRODURRE CERTIFICAZIONE;

che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso soggetto portatore di handicap;

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

di aver già fruito del congedo per gg. _____;

di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

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

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

Data, _____

Firma
