

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

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

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

**OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap-  
In subordine aspettativa non retribuita**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, C.F.: \_\_\_\_\_  
e, residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
servizio presso codesto Istituto IC \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
contratto a Tempo \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Ai sensi dell'art. 42, comma 5 D.L.vo N. 151/2001 e s.m.i., di usufruire del congedo straordinario spettante per assistere il proprio familiare grado di parentela \_\_\_\_\_ in situazione di handicap grave, accertato ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/92 e s.m.i.;

nome assistito: \_\_\_\_\_

nei seguenti periodi: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. gg \_\_\_\_\_

**A TAL FINE DICHIARA**

(Art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, art. 3, comma 10, L. 15 marzo 1997 n. 127, art. 1, Dpr 20 ottobre 1998 n. 403)  
(art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.)

- Di essere convivente con il/la proprio/a familiare nome \_\_\_\_\_ e cognome \_\_\_\_\_ in situazione di disabilità grave;
- che il proprio familiare portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno;
- che il proprio familiare portatore di handicap grave non è impegnato in attività lavorativa;
- che nessun altro familiare ha già usufruito di congedo straordinario, con o senza indennizzo, per lo/la stesso/a familiare disabile in situazione di gravità;
- che nessun altro familiare usufruirà nel periodo di congedo straordinario dei permessi orari o giornalieri previsti dall'art. 33 della l. 104/92 per lo/la stesso/a familiare disabile in situazione di gravità;
- che il proprio familiare portatore di handicap grave è stato accertato che non è rivedibile/è rivedibile in data \_\_\_\_\_;
- di aver già usufruito dei periodi seguenti di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate.

- 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;
- Il/la sottoscritto/a dichiara che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità;

- **Il sottoscritto chiede che in assenza di riscontro positivo da parte della RTS di competenza detta richiesta sia tramutata in aspettativa non retribuita.**

Documenti da allegare:

- verbale della Commissione medica della ASL competente che ha riconosciuto lo stato di disabile grave al soggetto assistito (nel caso in cui tale documentazione non sia stata ancora presentata in segreteria).
- Dichiarazione in autocertificazione degli altri familiari eventuali aventi diritto, di non essersi mai occupati dell'assistenza del disabile grave e pertanto, di non aver mai beneficiato dei permessi retribuiti di cui all'art. 33 co. 3 della Legge 104/1192, nonché di non aver richiesto periodi di congedo straordinario per lo stesso soggetto disabile in situazione di gravità (nel caso ovviamente, di lavoratori dipendenti).

X Documentazione già presente agli atti dell'Istituto : SI

\* se la documentazione richiesta in allegato si spunta "si" indicare eventuale data di presentazione

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_