

**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 condizioni di
disabilità**

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 condizioni di disabilità con necessità di sostegno intensivo, 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 condizioni di disabilità con necessità di sostegno intensivo;
- che il proprio familiare, persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo, non è ricoverato a tempo pieno;
- che il proprio familiare, persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo, 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 che necessita di sostegno elevato o molto elevato;
- 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 in situazione di condizioni di disabilità con necessità di sostegno intensivo;
- che il proprio familiare, persona con disabilità con necessità di sostegno intensivo, 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 è inoltre consapevole che in assenza di riscontro positivo da parte della RTS di competenza detta richiesta sarà 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 la stessa persona con disabilità con necessità di sostegno elevato o molto elevato (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
