

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

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Del _____

Di _____

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

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a 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 usufruire del congedo straordinario spettante per assistere il/la proprio/a _____ in
situazione di handicap grave, accertato ai sensi dell'art. 4 comma 1 della legge n. 104/92:
nome _____ nato/a a _____ il _____
nei seguenti periodi:
dal _____ al _____

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)

- Di essere convivente con il/la proprio/a _____ 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 _____;

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. Dichiaro inoltre che le notizie fornite in

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

La copia del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente commissione medica legge 104 operante presso l'ASL di _____ è depositata agli atti della scuola.

Data _____

Firma _____