**DOMANDA CONGEDO BIENNALE PER ASSISTENZA SOGGETTO CON HANDICAP GRAVE**

**(art.42, comma 5 D.L.vo n.151/2001)**

 **Al Dirigente Scolastico**

 dell’I.C. 3° “de Curtis-Ungaretti”

 di Ercolano

\_l\_sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via/P.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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

\_ coniuge di una persona con disabilità

\_ figlio della persona disabile (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**

 (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 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 istituti specializzati.

\_ 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;

\_ che il coniuge del soggetto da assistere è deceduto / affetto da patologie invalidanti (si allega certificazione medica);

\_ di aver già usufruito nell’arco della propria vita lavorativa di congedo per lo stesso soggetto per un numero di gg.\_\_\_\_\_;

\_ di non aver superato la durata complessiva di due anni di congedo nell’arco della propria vita lavorativa;

\_ di voler fruire del congedo 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.

Data, \_\_\_\_\_\_\_ Firma