**ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA**

I.C DON GNOCCHI

Via dei Gelsi 1 - 20044 ARESE

(luogo) ………………………………………………………………..……… data ……………………………………………………

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

\_l\_ 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

**C H I E D E**

di usufruire del congedo biennale retribuito di cui ad art. 42, c. 5, D. Lgs n. 151/2001 e succ. modifiche, 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**

-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 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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 famigliare beneficia del congedo per lo stesso soggetto portatore di handicap;

-di essere convivente2 con il soggetto portatore di handicap all’indirizzo sopra indicato;

-di voler fruire del congedo

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

1 Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento); Parente o affine entro il 3° grado

(specificare se: padre, nuora, ecc.).

2

per convivenza si deve intendere solo la comune residenza, luogo in cui la persona ha la dimora abituale (Messaggio INPS n.

19583/02.09.09)

 FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 LA DIRIGENTE SCOLASTICA Prof.ssa Sabrina GALLELLO