MODELLO DI DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE IL GENITORE DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ

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

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo di via

 Valletta Fogliano – VIGEVANO

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

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

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 per assistere per assistere (genitore - figlio/a - coniuge) sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in condizione di disabilità grave (Legge 104/1992) accertata dalla Commissione ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per i/il seguente/i periodi

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## DICHIARA

* di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_

* Di essere nel seguente grado di parentale con il soggetto in condizioni di handicap grave:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Che il soggetto in condizione di handicap grave non è ricoverato presso istituti specializzati;
* Che nessun altro parente o affine entro il 3° grado beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave;
* Di essere/non essere convivente con il soggetto in condizione di handicap grave e di svolgere in maniera continuativa e permanente l’assistenza allo stesso;
* Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni per decesso, revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno;
* Di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 giorni dall’avvenuto cambiamento *(dichiarazione obbligatoria);*
* Di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, possa subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti *(dichiarazione obbligatoria);*
* Che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e di essere consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false. *(dichiarazione obbligatoria).*

Documentazione allegata **(da non presentare se già allegata a precedenti domande di permessi Legge 104/1992)**

* Certificato rilasciato dalla competente ASL attestante lo stato di gravità dell’handicap;
* Dichiarazione altri componenti nucleo familiare;
* Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazione false dirette a procurare indebitamente le prestazione richieste.

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

VISTO SI AUTORIZZA : 🞎 SI 🞎 NO

 Il Dirigente Scolastico

 *dott. Massimo Camola*

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

 Il D.S.G.A.

  *Tommasa Rapisarda*

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