

Oggetto: richiesta congedo biennale per assistenza soggetto con handicap in situazione di gravità.

Il sottoscritto _____, nat _____ a _____

il _____ (Prov. _____) residente a _____ (Prov. _____),

in via/P.zza _____ n. _____ in servizio presso codesta Istituzione scolastica

in qualità di _____, con rapporto di lavoro a Tempo indeterminato determinato

chiede alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

CHIEDE

di usufruire del congedo biennale retribuito di cui all'art.42, c.5, D.Lgs. n. 151/2001, come modificato da sentenza Corte Costituzionale n.233/08.06.2005 n.19/26.01.2009, 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, **D I C H I A R A**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art.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 convivente² con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;
- di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità :

<input type="checkbox"/> intero,.....	dal _____	al _____	per mesi : _____	gg. : _____
<input type="checkbox"/> frazionato,....	dal _____	al _____	per mesi : _____	gg. : _____
	dal _____	al _____	per mesi : _____	gg. : _____
	dal _____	al _____	per mesi : _____	gg. : _____
	dal _____	al _____	per mesi : _____	gg. : _____
	dal _____	al _____	per mesi : _____	gg. : _____

- 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 - 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 abitale (Messaggio INPS n.19583/02.09.09)