



MOD DA08

**RICHIESTA CONGEDO BIENNALE PER
ASSISTENZA PERSONE CON HANDICAP
IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ**

Al D.S. S.M.S. VIRGILIO
- Paternò - CT

Prot. _____ del _____

____ sottoscritt _____ nat a _____
prov. di _____ il _____, residente a _____ prov. di _____
in Via/P.zza _____ n. _____, in servizio presso codesta Istituzione
Scolastica in qualità di _____ con contratto a _____;

CHIEDE

di usufruire del congedo biennale retribuito di cui all'art. 42, co 5, del D.lgs 151/2001, come modificato da sentenze della Corte Costituzionale n. 233 dell'08/06/2005 e n. 19 del 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 figli, 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 ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità:

DICHIARA

Dichiarazione Sostitutiva di Certificazioni e dell'Atto di Notorietà

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amm.va 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 parentelaⁱ _____ (data adozione/affido) _____
Data e Luogo di nascita _____
Residente a _____ (Prov. _____)
Via/P.zza _____, n. _____
come risulta da documentazione 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 ricoverat_ a tempo pieno presso istituto specializzati;
- di essere conviventeⁱⁱ con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopraindicato;
- che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso portatore di handicap;
- che i genitori della persona disabile in situazione di gravità sono entrambi deceduti o totalmente inabili (*allegare certificazione*);
- che la persona disabile in situazione di gravità non ha figli o non convive con alcuno di essi;
che la persona disabile in situazione di gravità non ha fratelli o non convive con alcuno di essi;

- che gli altri parenti entro il terzo grado di parentela della persona disabile in situazione di gravità non convivono con essa;
- di essere a conoscenza della rinuncia degli altri figli di mi_ _____ disabile in situazione di gravità con ess_ conviventi ad usufruire per lo stesso genitore del congedo straordinario retribuito negli stessi periodi da me richiesti;
- che altri familiari di mi_ _____ hanno già usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per lo stesso genitore disabile in situazione di gravità;
- di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:
dal _____ al _____ gg. _____
dal _____ al _____ gg. _____
- di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti “ per gravi e documentati motivi familiari” (art.4, comma 2, Legge n. 53//2000)
dal _____ al _____ gg. _____
dal _____ al _____ gg. _____
- di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:
- intero 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.: _____
- 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.: _____
- 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 del TU delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, DPR N. 445 DEL 28/12/2000.

Allegati:

- (1) Copia fotostatica autenticata del certificato attestante l’handicap rilasciato dalla competente commissione medica, Legge 104/1992, operante presso l’ASL.
- (2) Certificato di nascita del familiare o autocertificazione.
- (3) Autodichiarazione rilasciata dagli altri aventi diritto di non aver fruito del congedo ovvero attestante i periodi di congedo fruiti.

_____, *li* _____

Firma

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

ⁱ 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).

ⁱⁱ Per convivenza si deve intendere solo la comune residenza, luogo in cui la persona ha la dimora abituale (Messaggio INPS N, 19583/02/09/2009).