



**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
MONTEFALCO - CASTELRITALDI**

Oggetto: richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(Prov. _____) il _____ residente a _____ (Prov. _____),
Via/P.zza _____ n. _____,
in servizio presso codesta Istituzione scolastica in qualità di _____,
con rapporto di lavoro a Tempo Indeterminato Determinato

CHIEDE

Di poter 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 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 il proprio familiare (nome e cognome) _____ nato a _____ (Prov. _____) il _____ e residente a _____ (Prov. _____) Via/Piazza _____ n. _____ è portatore di handicap grave, accertato il giorno _____, ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 dalla Commissione ASL di _____,
- 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 in precedenza non ha fruito di tale congedo ovvero di aver fruito dei seguenti periodi nell'ambito dello stesso o di altro precedente rapporto di lavoro:



dal _____ al _____; dal _____ al _____; dal _____ al _____;
dal _____ al _____; dal _____ al _____; dal _____ al _____;
per complessivi gg. _____

- **di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:**

- intero** - 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 - 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

Si allega:

- *Copia del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente commissione medica legge 104/1992 operante presso l'ASL*
- *Autodichiarazione rilasciata da altri aventi diritto di non usufruire di tale congedo*
- *Autodichiarazione di residenza con il disabile*

_____ li _____

Firma
