

I.C. "G.Giuliano"	RICHIESTA CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTENZA DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA' <i>(art. 42, comma 5 D.L.vo 151/2001 - modificato dal D.Lgs 119/2011)</i>	DOCENTE E ATA
-------------------	---	---------------

Al Dirigente Scolastico

I sottoscritto/a _____ nato il _____ a
 _____ c.f. _____, servizio presso questa
 scuola in qualità di _____, con rapporto di lavoro a
 tempo _____
 (indeterminato/determinato)

CHIEDE

di voler usufruire del congedo biennale retribuito (di cui ad art. 42, comma 5 D.L.vo n. 151/2001 -modificato dal D.Lgs 119/2011) secondo le seguenti modalità:

dal _____ al _____ per mesi: _____ gg. _____
 dal _____ al _____ per mesi: _____ gg. _____

per assistere il familiare in gravità:
in quanto :

- ☐ genitore della persona disabile;
- ☐ 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);

dell'assistito:

Sig/sig.ra _____ grado di parentela* _____

 Cognome e nome

data (adozione/affido) _____ data di nascita _____ luogo di nascita _____
 _____ cf _____ residente _____
 nel comune di _____ in via _____ n _____

* indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento) ;Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, madre, nuora,ecc).

- ☐ Che l'ASL di _____, nella seduta del _____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (dell'art.3 comma 3, della legge 104/1992)

DICHIARA

- ☐ di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;
- ☐ ai sensi DPR 445/2000 di essere effettivamente convivente con l'assistito unitamente al quale abita;

- ☐ che nessun altro familiare convivente beneficia del congedo per assistere il medesimo soggetto;
- ☐ che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverato/a a tempo pieno presso Istituti specializzati;
- ☐ di essere a conoscenza della rinuncia di altro componente familiare convivente con l'assistito disabile in situazione di gravità ad usufruire per lo stesso soggetto del congedo straordinario retribuito negli stessi periodi da me richiesti (*autocertificazione);
- ☐ _____ / _____ già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto;
di aver di non aver
- ☐ nell'ambito dello stesso o altro precedente rapporto di lavoro :
dal _____ al _____ gg. _____ dal _____ al _____ gg. _____
- ☐ - di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazione comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- ☐ - di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione delle agevolazioni;

A tale fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni ai sensi degli Artt. 46 e 47 (R)- D.P.R. 28.12.2000, n. 445

Data, _____

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE

(dichiarazione sostitutiva di certificazioni e dell'atto di notorietà - artt. 46 e 47 T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

da allegare obbligatoriamente alla richiesta di congedo biennale per assistenza soggetto con handicap in situazione di gravità.

__l__ sottoscritt__ nat__ il ____
a ____ Prov. ____ in servizio presso codesta Istituzione scolastica in qualità di ____, con rapporto di lavoro a Tempo: ☐ Indeterminato ☐ Determinato
Con riferimento alla richiesta di congedo biennale retribuito di cui all'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, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

1. di essere effettivamente convivente con l'assistito: ____ nata/o a ____ il ____ unitamente al quale è residente nel comune di ____ Prov. ____ in Via/P.zza ____ n. ____ dal ____
2. che lo stato di famiglia è composto, oltre che dal dichiarante, dalle seguenti persone:

Parentela	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Stato civile

- che
mio

padre/madre disabile in situazione di gravità non è coniugata/o o non convive con il coniuge;

- che i genitori di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità sono entrambi deceduti o totalmente inabili ;
- che l'unico genitore vivente di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità è totalmente inabile ;
- che il coniuge convivente di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità non svolge attività lavorativa o è lavoratore autonomo;
- di essere a conoscenza della rinuncia del coniuge convivente di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità ad usufruire per lo stesso soggetto del congedo straordinario retribuito negli stessi periodi da me richiesti;
- che mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità non ha fratelli o non convive con alcuno di essi; che i/le fratelli/sorelle di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità con esso/a convivente non prestano attività lavorativa o sono lavoratori autonomi;
- di essere a conoscenza della rinuncia dei i/le fratelli/sorelle di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità con esso/a convivente ad usufruire per lo stesso soggetto del congedo straordinario retribuito negli stessi periodi da me richiesti;
- che mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità non ha altri figli o non convive con alcuno di essi;

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(D.P.R. 445 del 28.12.2000 G.U. Nr. 42 del 20 febbraio 2001)

Il sottoscritto:

Cognome.....nome
(per le donne indicare il cognome da nubile)

nato a (prov.....) il

e residente in (prov.)

via n.....

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art.26 della succitata legge n. 15/68 e che , inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell' art. 13 del D.lgs 196/03

D I C H I A R A

che il/la Sig/Sig.ra
..... nata a il e residente in via
..... non è ricoverata presso strutture ospedaliere nè in Istituti
specializzati.

Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione di suddetta situazione.

.....
(luogo e data)

il dichiarante.....
(firma per esteso e leggibile)