AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL' I.T.E.T. "G.MAGGIOLINI"
Via Spagliardi, 19
20015 PARABIAGO

Oggetto: **Richiesta congedo biennale per assistenza soggetto con handicap in situazione di gravità**

Il sottoscritt__ _____nat__ il_____
a_____ (Prov.____) residente a _____ (Prov.____),
Via _____ n°_____, in servizio presso codesta Istituzione scolastica in
Qualità di _____, con rapporto di lavoro a Tempo determinato

CHIEDE

di 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 abbiamo 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**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 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 _____ Gradi di parentela[1] _____
(data adozione/affido) _____ Data e luogo di nascita _____
Residente a _____, (Prov._____), Via _____, n.___come risulta dalla certificazione che si allega.

- ☐ di prestare <u>assistenza continuativa ed esclusiva</u> alla persona sopra indicata;
- ☐ che la persona per la quale viene chiesto il congedo non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati
- ☐ che <u>nessun altro famigliare beneficia del congedo per lo stesso soggetto portatore di handicap</u>;
- ☐ di essere convivente[2] con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;
- ☐ 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 – TU. Delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

<u>AVVERTENZA</u>: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base 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 abituale (Messaggio INPS n. 19583/02.09.09

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
(Dott.ssa Donatella Capobianco)