AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.I.S. “A. DELLA LUCIA”

FELTRE

# OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza a persona in situazione di handicap

**grave *ai sensi art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001(ex L. 53/2000, art.4).***

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## CHIEDE

**di usufruire per il periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**del congedo biennale per l’assistenza a persona in situazione di handicap grave** *ai sensi dell’art. 42, comma 5 del D.L.vo N. 151/2001 (ex L. 53/2000, art. 4),* per il proprio familiare:

***cognome e nome***  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***nato a*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* ***il*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***grado di parentela*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

per il quale la Commissione medica della ASL di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella seduta del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha riconosciuto la gravità dell’handicap ai sensi dell’art. 3, comma 3, della Legge 104/1992 *(vedi documentazione allegata).*

## *DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI*

## IL/LA SOTTOSCRITTO/A

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, ai sensi degli artt. 46 e 47(R) del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa),

## DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità

* di essere convivente\*\* con il familiare disabile sopraindicato; \*\* *il requisito della convivenza può ritenersi soddisfatto quando colui che presta assistenza e il disabile assistito hanno la medesima residenza anagrafica ovvero, in caso contrario, quando uno dei due soggetti abbia fissato la propria dimora temporanea presso la residenza dell’altro e quindi risulti iscritto, ai sensi dell’art. 32 del D.P.R. n. 223 del 30/5/1989, nello schedario della popolazione temporanea del comune*
* che il familiare disabile in situazione di gravità sopraindicato non è ricoverato presso una struttura pubblica o privata;
* di essere attualmente l’unico familiare che assiste il disabile in situazione di gravità sopraindicato;
* quanto segue relativamente a tutti i sottoelencati soggetti (indicati secondo il previsto ordine di priorità tassativo ed esclusivo) legittimati a fruire del congedo retribuito art. 42, co.5, D.Lgs. 151/2001 per il disabile sopraindicato:

*indicare per ciascun soggetto una delle seguenti motivazioni: mancante, deceduto, affetto da patologia invalidante (per la quale è obbligatorio allegare documentazione rilasciata da medico specialista del servizio sanitario, medico convenzionato, medico della struttura sanitaria in caso di ricovero*)

* il coniuge convivente o la parte dell’unione civile convivente della persona disabile *cognome e nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ motivazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
* il padre (anche adottivo o affidatario) della persona disabile *cognome e nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ motivazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
* la madre (anche adottiva o affidataria) della persona disabile *cognome e nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ motivazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
* il figlio/la figlia convivente della persona disabile *cognome e nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ motivazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
* il fratello/la sorella convivente della persona disabile *cognome e nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ motivazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
* parente/affine entro il terzo grado convivente della persona disabile *cognome e nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ motivazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

# di non aver fruito in precedenza del congedo biennale ai *sensi art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001 (ex L. 53/2000, art. 4)*;

# di aver già usufruito del congedo biennale ai *sensi art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001 (ex. L: 53/2000, art. 4)* nei seguenti periodi:

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per complessivi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per complessivi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per complessivi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per complessivi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 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 D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Allegati:(indicare solo quelli di interesse)*

* *verbale commissione medica della ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relativa al familiare per il quale si richiede il congedo;*
* *documentazione rilasciata dal Comune relativa alla dimora temporanea;*
* *documentazione relativa alla patologia invalidante dei familiari legittimati a fruire del congedo;*
* *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
* *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*