

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Oggetto: Richiesta di congedo straordinario retribuito per assistenza ad un familiare
disabile.

Il/La sottoscritt _____, nat_a _____
il ____ / ____ / ____ residente
a _____ Via/Piazza
_____ n° _____ c.a.p. _____, in

qualità di Docente/A.T.A. con contratto a T.I./T.D. (cancellare quanto non interessa)
presso questa Istituzione Scolastica,

CHIEDE

di fruire di un periodo di congedo straordinario per assistere il/la (indicare il grado di
parentela) _____ in situazione di handicap grave dal
____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

(artt. 46 e 47 T.U. – d.p.r. n. 445 del 28/12/2000)

*Il/La sottoscritt _____ consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del d.p.r.
n. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,*

DICHIARA

1. di essere coniuge convivente/genitore/figlio convivente/fratello sorella convivente/
parente o affine convivente entro il terzo grado (cancellare quanto non interessa),

di _____ nat_a _____ il
____ / ____ / ____ residente a _____ Via/
Piazza _____ n° _____ c.a.p. _____,

in situazione di handicap grave, così come attestato da documentazione allegata.
Per convivenza si intende la concomitanza della residenza anagrafica e della
convivenza con la persona che si vuole assistere. Tale requisito non è richiesto,

invece, per il genitore che non è tenuto alla convivenza con il proprio figlio disabile. Questi, se coniugato, dovrà essere assistito dal coniuge convivente, a meno che quest'ultimo non sia deceduto o che sia portatore di malattie invalidanti; in tal caso il diritto a fruire del congedo biennale è dato ai genitori, anche adottivi, come disposto dal d. lgs. n. 119/2011 – art. 4;

2. di aver titolo a fruire dei benefici previsti dall'art. 42 comma 5 del d. lgs 151/2001 e successive integrazioni e modificazioni;

3. di non aver superato la durata complessiva di due anni per ciascuna persona portatrice di handicap e nell'arco della vita lavorativa (il familiare lavoratore che provvede all'assistenza può fruire di un periodo massimo di due anni di congedo per assistere i familiari disabili);

4. di prestare al _____, (indicare il grado di parentela) soggetto portatore di handicap grave, il sostegno necessario in modo permanente, continuativo e globale, poiché con assiduità e costanza presta al soggetto un servizio adeguato e sistematico;

5. che il familiare portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno presso istituti di cura ed assistenza (salvo il caso in cui la presenza del familiare sia richiesta dalla struttura sanitaria, in tal caso l'avente diritto al congedo dovrà presentare al datore di lavoro la prevista certificazione rilasciata dalla medesima struttura sanitaria);

6. nel caso dei genitori che hanno un figlio disabile, che l'altro genitore:

Sig./ra _____

nat a _____ il ____ / ____ / ____

è lavoratore dipendente presso _____

usufruisce del congedo biennale di cui all'art. 42 comma 5 del d.lgs 151/2001 alternativamente al/alla sottoscritt _____;

non usufruisce del congedo biennale retribuito;

non usufruisce negli stessi giorni neppure delle misure di cui all'art. 33 del d.lgs 26 marzo 2001 n.151 (prolungamento del congedo parentale) e all'art. 33, comma 3, della Legge 104/1992 (tre giorni di permesso mensili).

7. che non vi sono altri familiari maggiorenni lavoratori dipendenti che fruiscono del medesimo congedo per assistere lo stesso soggetto;

Allegati da trasmettere, unitamente alla presente domanda che dovrà essere compilata in tutte le sue parti, alla Ragioneria Territoriale dello Stato di Napoli:

- certificazione, in copia conforme all'originale, relativa al riconoscimento della gravità dell'handicap di cui all'art.3 comma 3 della L.104/1992.

Data _____

FIRMA _____

N.B.: Scrivere in stampatello e in forma leggibile.

Le firme (del richiedente e del Dirigente Scolastico) dovranno essere in originale o in copia conforme all'originale.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO