MODELLO DI DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE IL FAMILIARE DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA’

**(*art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001)***

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dell’I.C. LOMBARDO RADICE- PAPPALARDO

 Di CASTELVETRANO

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

Il/La sottoscritto/a (cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso questa amministrazione con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi dell’art. 42, comma 5, del decreto legislativo 26 marzo 2001, n.151, di fruire di n. \_\_\_ giorni di congedo straordinario retribuito per assistere il sotto indicato familiare:

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIGLIO/A (anche se non convivente) (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 CONIUGE CONVIVENTE (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 GENITORE CONVIVENTE (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FRATELLO CONVIVENTE (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 PARENTE O AFFINE ENTRO IL 3° GRADO CONVIVENTE (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R n. 445 del 28 dicembre 2000, delle responsabilità amministrative civili e penali previste per dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste,

**DICHIARA**

 che il familiare da assistere è stato riconosciuto in condizione di disabilità grave, ai sensi dell’art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992,  come da documentazione già agli atti d’ufficio, **oppure**  come da documentazione allegata (che può essere prodotta dall’interessato anche in forma di dichiarazione sostitutiva, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000);

 di essere convivente – ovvero di avere la medesima residenza anagrafica e di coabitare - con il familiare da assistere in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_ (il requisito non è richiesto qualora l’istanza sia prodotta dal genitore del disabile);

 che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito, né dei permessi di cui all’art.33 della legge n. 104/1992, per assistere il medesimo soggetto (il requisito non è richiesto qualora l’istanza sia prodotta dal genitore del disabile);

 in caso di istanza prodotta dal genitore del disabile, che negli stessi giorni l’altro genitore non fruisce dei benefici di cui all’art.33, commi 2 e 3 della legge n. 104/1992 e 33, comma 1, del d. lgs. n. 151/2001 (permessi e prolungamento del congedo parentale);

 che il soggetto disabile **non è** ricoverato a tempo pieno;

 che la struttura sanitaria presso la quale il disabile **è ricoverato a tempo pieno** ha richiesto espressamente la presenza del familiare che presta assistenza, come da documentazione allegata;

 che non vi sono altri familiari legittimati a fruire, in via prioritaria, del congedo in questione, nell’ordine indicato dalla legge:

 coniuge convivente: per  mancanza  decesso presenza di patologie invalidanti;

 genitori: per  mancanza  decesso  presenza di patologie invalidanti;

 figli conviventi: per  mancanza  decesso  presenza di patologie invalidanti;

 fratelli o sorelle conviventi: per  mancanza  decesso  presenza di patologie invalidanti,

come da documentazione allegata (che può essere prodotta dall’interessato anche in forma di dichiarazione sostitutiva, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000);

 di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_

**oppure**  di non aver fruito, nell’arco della propria vita lavorativa, per assistere il medesimo o altri familiari disabili, di periodi di congedo straordinario **retribuito**;

* di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti “per gravi e documentati motivi familiari” (art.4, comma 2, Legge n. 53//2000)

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_

**oppure**  di non aver fruito, nell’arco della propria vita lavorativa, di periodi di congedo straordinario **non** retribuito “per gravi e documentati motivi familiari” (art. 4, comma 2, legge n. 53 dell’8 marzo 2000);

 che per assistere la stessa persona in condizione di disabilità grave altri familiari hanno già fruito del predetto congedo per un numero di giorni pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / **oppure**  che nessun altro familiare ha già fruito del predetto congedo per assistere la stessa persona in condizione di disabilità grave;

 di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione di notizia o situazione dichiarata nel presente modulo.

Si allega copia fotostatica del documento di identità della persona da assistere.

consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazione false dirette a procurare indebitamente le prestazione richieste.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_