

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 prestazioni richieste.

Data _____

Firma _____