AL DIRIGENTE SCOLASTICO ISTITUTO COMPRENSIVO

RISERVATO ALL’UFFICIO

ISTITUTOCOMPRENSIVO BRUINO

Data: Prot. n.

BRUINO

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

\_l\_ sottoscritt nat il \_

a (Prov. \_) residente a (Prov. ),

Via/P.zza n. \_, in servizio presso codesta Istituzione scolastica in qualità di , con rapporto di lavoro a Tempo □ Indeterminato □ Determinato

**C H I E D E**

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 abbiano 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 e DELL’ATTO DI NOTORIETÀ**

(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 Grado di parentela 1\_ \_

(data adozione/affido) Data e luogo di nascita \_ Residente a , (Prov. ), Via/P.zza , n. come risulta dalla certificazione che si allega.

* di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;
* che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.
* che nessun altro famigliare beneficia del congedo per lo stesso soggetto portatore di handicap;
* di essere convivente2 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 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

**AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione 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)