Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
"Fabriani" di Spilamberto

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

Io sottoscritt _____ _____, nat _____ il _____ a _____ (_____)e residente in _____ **in servizio presso codesto Istituto** in qualità di _____ con contratto a tempo _____

C H I E D O

di usufruire del congedo biennale retribuito di cui all'art. 42, comma 5, D. Lgs. 151/2001, in qualità di
☐ genitore della persona disabile di età inferiore a 3 anni
☐ genitore della persona disabile di età superiore a 3 anni
☐ parente, affine o coniuge di una persona con disabilità (se figli, 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, ai sensi dell'art. 46, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la mia personale responsabilità

D I C H I A R O

☐ di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;
☐ che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso portatore di handicap;
☐ che altri familiari del soggetto portatore di handicap hanno già usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per lo stesso parente disabile in situazione di gravità;
☐ di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:
dal _____ al _____ gg. _____
dal _____ al _____ gg. _____
☐ di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari" (art. 4, comma 2, L. n. 53/2000)
dal _____ al _____ gg. _____
dal _____ al _____ gg. _____
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. _____
di impegnarmi 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 T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.
Avvertenza: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.
Si allega:
- copia fotostatica autenticata del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente commissione medica, Legge n. 104/1992, operante presso l'A.S.L.;
- dichiarazioni

Spilamberto, _____ Firma _____

==========

VISTO: IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Silvia Rossi

_____