MOD. 11 - DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO BIENNALE PORTATORE DI HANDICAP

Al Dirigente Scolastico
del L.A.S. "F. Casorati"
Novara

OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap

La/Il sottoscritta/o_____nata/o il _____
a _____(___) C.F. _____, residente in _____
_____(___) Via _____ n. _____, in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di _____ con rapporto a tempo Indeterminato/Determinato

CHIEDE

di poter fruire del congedo biennale retribuito di cui all'art. 42, co 5, del D.Lgs. 151/2001, come modificato da sentenze della Corte Costituzionale n. 233 dell'08/06/2005 e n. 19 del 26/01/2009 in quanto:

☐ Figlio/a di persona disabile ☐ Coniuge ☐ fratello/sorella; ☐ madre/padre

A tal fine ai sensi dell'art. **46 D.P.R.** n. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle responsabilita e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilita

DICHIARA

- ❑ che I'ASL di _____ nella seduta del ____ / ____ / _____ ha riconosciuto la gravita dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992) di:
  Cognome e Nome _____
  Grado di parentela _____
  Data e Luogo di nascita _____
  Residente a _____ (Prov. _____)
  Via _____ , n. _____ come risulta da documentazione allegata;
- ❑ di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;
- ❑ che la persona per la quale viene richiesto il congedo non e ricoverato/a a tempo pieno presso Istituto specializzato a tempo pieno;
- ❑ che il proprio famigliare portatore di handicap grave non è impegnato in attivita lavorativa;
- ❑ di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopraindicato;
- ❑ che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso portatore di handicap;
- ❑ che la persona disabile in situazione di gravita ha figli ma non convive con alcuno di essi;
- ❑ che gli altri parenti entro il terzo grado di parentela della persona disabile in situazione di gravita non convivono con essa;
- ❑ che il proprio famigliare portatore di handicap grave e stato accertato che
  ☐ non è rivedibile ☐ è rivedibile in data _____ ,

- ❑ di aver gia usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:

dal _____ al _____gg. _____
dal _____ al _____gg.
dal _____ al _____gg.
dal _____ al _____gg.
dal _____ al _____ gg.
dal _____ al _____ gg.

- ❑ di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

dal _____ al _____gg. _____
dal _____ al _____gg.
dal _____ al _____gg.
dal _____ al _____gg.
dal _____ al _____ gg.
dal _____ al _____ gg.

- ❑ di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole the le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicita delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 del TU delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, DPR N. 445 DEL 28/12/2000

Si allega:

- ✓ Copia del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente commissione medica, Legge 104/1992, operante presso l'ASL;
- ✓ Autodichiarazione rilasciata dagli altri aventi diritto di non aver fruito del congedo ovvero attestante i periodi di congedo fruiti;
- ✓ _____

Firma

_____

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito di decesso del portatore di handicap o del provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

VISTO:

Il Dirigente Scolastico

(Dott. Arch. Salvatore Palvetti)

_____