

CONGEDO STRAORDINARIO BIENNALE RETRIBUITO PER ASSISTENZA FAMILIARI CON HANDICAP GRAVE

(art. 42 comma 5 decreto legislativo n. 151/2001 e successive modificazioni)

Al Dirigente Scolastico
I.C. "Dante Alighieri"
Venezia

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____), il _____,
residente a _____, via _____, codice fiscale
_____, docente/ATA dipendente di questo Istituto Comprensivo con contratto a tempo
indeterminato/determinato

C H I E D E

In qualità di:

coniuge convivente della persona con handicap grave
oppure in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente

padre o madre naturale o adottivo/a, anche se non convivente con il figlio, oppure in caso di decesso,
mancanza o in presenza di patologie invalidanti del padre e della madre, anche adottivi

figlio convivente
oppure in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti dei figli conviventi

fratelli o sorelle conviventi

parente o affine entro il terzo grado conviventi

di fruire del congedo straordinario spettante per la persona in condizione di handicap grave, accertato ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992 e della relativa indennità in base all'art.42 comma 5 del D. Lgs. 151/2001 per i seguenti periodi:

dal _____ al _____ tot gg. _____
dal _____ al _____ tot gg. _____

per assistere il disabile sotto indicato:

Cognome _____ Nome _____
nata/o a _____ il _____
residente _____ in via _____

A TAL FINE DICHIARA

di essere convivente con il coniuge - con il genitore - con il fratello/sorella in condizione di disabilità grave
(la convivenza non è richiesta per l'assistenza verso i figli da parte del padre e della madre) che il portatore di handicap grave, è stato accertato ai sensi dell'art. 4 comma 1, della Legge 104/1992 dalla Asl di _____ in data _____

Rivedibile: SI NO

- che non è ricoverato/a a tempo pieno
- che è ricoverato/a a tempo pieno in situazione di gravità in stato vegetativo persistente e/o con prognosi infausta a breve termine
- che è ricoverato/a a tempo pieno e, come da documentazione rilasciata dai sanitari della struttura, risulta che il/la _____ ha bisogno di assistenza da parte del sottoscritto/a _____

che non è impegnato in attività lavorativa

- che nel periodo di congedo nessun familiare usufruirà dei permessi orari e giornalieri previsti dall'art. 33 della L. 104/92 - Unica eccezione per il padre e la madre verso i figli per i quali si dichiara che l'altro genitore fruirà non usufruirà dei permessi nello stesso mese, seppur non negli stessi giorni; di aver già fruito, in tutta la vita lavorativa, di congedi straordinari retribuiti e non retribuiti (art 4, comma 2. L.53/2000) sia per il presente familiare disabile, che per altri familiari o per altri gravi motivi personali (max 2 anni per lavoratore) per i seguenti periodi:

dal _____ al _____ tot. gg _____
 dal _____ al _____ tot. gg _____
 dal _____ al _____ tot. gg _____

DICHIARA INOLTRE

- che non sono stati usufruiti, da altri aventi diritto, giorni di congedo straordinario con o senza indennizzo per lo stesso familiare disabile (max 2 anni per disabile);
- che sono stati fruiti, da altri familiari aventi diritto, (indicare cognome, nome, data di nascita, tipologia di parentela con il disabile, luogo di lavoro) _____ di congedi straordinari con indennizzo o senza retribuzione (art 4, comma 2. L.53/2000) per lo stesso soggetto:

dal _____ al _____ tot. gg _____
 dal _____ al _____ tot. gg _____
 dal _____ al _____ tot. gg _____

La/il sottoscritta/o si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate come il ricovero a tempo pieno del portatore di handicap, la revisione del giudizio di gravità dell' handicap da parte della Commissione ASL, etc.

Dichiara inoltre che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e che è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni mendaci (art. 495 c.p. e artt. 75 e 76 del DPR 445/2000).

Data _____

Firma _____

ALLEGATI

- Certificato rilasciato dalla commissione ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia se non è già in possesso di questa Amministrazione)

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/_____ c.f. _____

nato a _____ (____) il ____/____/____,

residente a _____ (____) in _____ n° _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

Luogo, _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.