

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 responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

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 _____
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 è ricoverato/a a tempo pieno presso Istituto specializzato a tempo pieno;
 che il proprio familiare portatore di handicap grave non è impegnato in attività 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 gravità 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 gravità non convivono con essa;
 che il proprio familiare portatore di handicap grave è stato accertato che
 non è rivedibile è rivedibile in data _____,

di aver già 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 che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità 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

Prof.ssa Luisa Boffa
