AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.I.S. "L. ANGELONI"

FROSINONE

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

CHIEDE

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 convivente[2] 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)