

Al Dirigente scolastico  
dell'Istituto Comprensivo Statale  
Via D. Faini, snc  
87022 Cetraro (CS)  
[csic872004@istruzione.it](mailto:csic872004@istruzione.it)

**Oggetto: Richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ (CS)

Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ in servizio presso questa scuola in qualità di

\_\_\_\_\_ con rapporto a tempo  indeterminato  determinato

**CHIEDE**

di usufruire del congedo biennale retribuito di cui all'art. 42, co 5, del D.lgs 151/2001, come modificato da sentenze delle Corte Costituzionale n. 233 del 08/06/2005 e n. 19 del 26/10/2009 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 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 tale 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 L.104/1992) di :

cognome e nome: \_\_\_\_\_

grado di parentela: \_\_\_\_\_ (data di adozione/affido) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

data e luogo di nascita: \_\_\_\_\_

residente a: \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

via: \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ come risulta da documentazione 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 ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati
- di essere conviventi con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato
- che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso portatore di handicap
- che i genitori della persona disabile in situazione di gravità sono entrambi deceduti o totalmente inabili (allegare certificazione)
- che la persona disabile in situazione di gravità non ha figli o non convive con alcuno di essi
- che la persona disabile in situazione di gravità non ha fratelli o non convive con alcuno di essi
- che gli altri parenti entro il terzo grado di parentela della persona disabile in situazione di gravità non convivano con essa
- di essere a conoscenza della rinuncia degli altri figli di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità con esso/a conviventi ad usufruire per lo stesso genitore del congedo straordinario retribuito negli stessi periodi da me richiesti
- che altri familiari di mio/a padre/madre hanno già usufruito di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo straordinario per lo stesso genitore disabile in situazione di gravità
- di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- di aver usufruito di congedi straordinari non retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari" (art. 4 comma 2, Legge n. 53/2000)

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

intero

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.: \_\_\_\_\_

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 del TU delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, DPR 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 104/1992, operante presso l'ASL
- certificato di nascita del familiare o autocertificazione
- autocertificazione rilasciata dagli altri aventi diritto di non aver fruito del congedo ovvero attestante i periodi di congedo fruiti

Data \_\_\_\_\_

FIRMA