



Unione Europea
Fondo Sociale Europeo

LICEO SCIENTIFICO STATALE "G. Bruno"

Liceo Scientifico - Liceo Scienze Umane
Liceo Linguistico – Liceo Artistico ad indirizzo audiovisivo e multimediale
Via Volpicelli 80022 - ARZANO (NA) - tel.e fax 081 573 26 25
Fax n. 0810061213
Cod. Fisc. 93032980638 - Cod. Mecc. NAPS43000T
e – mail: naps43000t@istruzione.it – pec: naps43000t@pec.istruzione.it
www.liceobruno.edu.it



Ministero dell'Istruzione,
dell'Università e della Ricerca

MODELLO DI DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE IL GENITORE DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA' (art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Liceo scientifico "G. Bruno
Via Volpicelli
Arzano- Napoli

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

Il sottoscritto _____ nato il _____ a _____,
C.F. _____, residente in _____ (_____)
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 della Corte Costituzionale n. 233 dell'08/06/2005 e n. 19 del 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 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 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 _____ (1) (data 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 istituto specializzati
- di essere convivente (2) 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 convivono 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 _____ gg. _____
dal _____ al _____ gg. _____
- di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari" (art.4, comma 2, Legge n. 53//2000)
dal _____ al _____ gg. _____
dal _____ al _____ gg. _____
- 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.: _____

- 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
- ✓ Autodichiarazione rilasciata dagli altri aventi diritto di non aver fruito del congedo ovvero attestante i periodi di congedo fruiti

Anacapri, ____/____/____

Firma

Visto

Il Dirigente Scolastico
(Prof.ssa Maria Luisa Buono)

- (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, 19583/02/09/2009)