

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Zoppola

**Congedo straordinario biennale retribuito per assistenza familiari con
handicap grave**

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

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ e residente a
_____ in Via _____ n° _____
in servizio presso codesta scuola in qualità di _____

chiede

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. _____

per assistere il disabile sotto indicato:

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in _____

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 tempo pieno

che non è impiegato 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. _____

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. _____

Il/La sottoscritto/a 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.

Il/La sottoscritto/a è, inoltre, consapevole che l'Amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

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

Zoppola, _____

Firma _____

Visto il Dirigente Scolastico _____