

**MODELLO DI DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE IL
PERSONA DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'**
(art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001 già modificato dal D.L.vo N.119/2011)

Alla Dirigente Scolastica
Al Direttore dei SGA

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

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 42, comma 5 D.L.vo N. 151/2001 già modificato dal D.L.vo N. 119/2011
di usufruire del congedo straordinario spettante al genitore di persone disabili in situazione di
gravità nei seguenti periodi:

dal _____ al _____
dal _____ al _____

DICHIARA

- che mio/mia figlio disabile in situazione di gravità non è ricoverato/a a tempo pieno;
- di essere a conoscenza della rinuncia del coniuge ad usufruire per lo stesso soggetto del congedo straordinario retribuito negli stessi periodi da me richiesti;
- 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 impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento (*dichiarazione obbligatoria*)
- di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, possa subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti (*dichiarazione obbligatoria*)
- che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e di essere consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false. (*dichiarazione obbligatoria*)

Documentazione allegata :

- Certificato rilasciato dalla competente ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap
 - Altro(specificare)
-

Data, _____ Firma del richiedente _____

consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazione false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste.

Data, _____ Firma del richiedente _____

VISTO:

LA DIRETTRICE AMMINISTRATIVA

(Sig.ra Meri Gherardini)

SI AUTORIZZA

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

NON SI AUTORIZZA

(Prof.ssa Maria Luisa Rainaldi)