

**MODELLO DI DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE  
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)*

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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 figlio di persone disabili in situazione di gravità  
nei seguenti periodi:

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

**DICHIARA**

- che mio/mia madre/padre disabile in situazione di gravità non è ricoverato/a a tempo pieno;
- di essere convivente con mio/mia madre/padre disabile in situazione di gravità;
- che il coniuge di mio figlio/a disabile in situazione di gravità non svolge attività lavorativa o è lavoratore autonomo;
- che mio padre/madre disabile in situazione di gravità non è coniugata/o o non convive con il coniuge;
- che il coniuge convivente di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità non svolge attività lavorativa o è lavoratore autonomo;
- di essere a conoscenza della rinuncia del coniuge convivente di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità ad usufruire per lo stesso soggetto del congedo straordinario retribuito negli stessi periodi da me richiesti;
- che i genitori di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità sono entrambi deceduti o totalmente inabili (allegare certificazione);
- che l'unico genitore vivente di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità è totalmente inabile (allegare certificazione);
- che mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità non ha fratelli o non convive con alcuno di essi;
- che i/le fratelli/sorelle di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità con esso/a convivente non prestano attività lavorativa o sono lavoratori autonomi;

- di essere a conoscenza della rinuncia dei i/le fratelli/sorelle di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità con esso/a convivente ad usufruire per lo stesso soggetto del congedo straordinario retribuito negli stessi periodi da me richiesti;
- che mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità non ha altri figli o non convive con alcuno di essi;
- che gli altri figli di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità con esso conviventi non prestano attività lavorativa o sono lavoratori autonomi;
- 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 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
- A l t r o ( s p e c i f i c a r e )

---

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

---

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

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_