AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO "I.C. LI PUNTI"
Via Vittorio Era, snc
07100 SASSARI

OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza a persona in situazione di handicap grave *ai sensi art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001(ex L. 53/2000, art.4).*

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____, C.F._____ , residente in _____ (___)

Via_____ n. _____ in servizio presso questa Istituzione Scolastica in

qualità di _____

CHIEDE

di usufruire per il periodo dal _____ al _____

del congedo biennale per l'assistenza a persona in situazione di handicap grave *ai sensi dell'art. 42, comma 5 del D.L.vo N. 151/2001 (ex L. 53/2000, art. 4),* per il proprio familiare:

cognome e nome _____

nato a _____ ***il*** _____

grado di parentela _____

residente a _____ ***via*** _____

per il quale la Commissione medica della ASL di_____

nella seduta del _____ ha riconosciuto la gravità dell'handicap ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992 *(vedi documentazione allegata).*

(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETA')

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, ai sensi degli artt. 46 e 47(R) del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa),

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità

☐ di essere convivente** con il familiare disabile sopraindicato;

** *il requisito della convivenza può ritenersi soddisfatto quando colui che presta assistenza e il disabile assistito hanno la medesima residenza anagrafica ovvero, in caso contrario, quando uno dei due soggetti abbia fissato la propria dimora temporanea presso la residenza dell'altro e quindi risulti iscritto, ai sensi dell'art. 32 del D.P.R. n. 223 del 30/5/1989, nello schedario della popolazione temporanea del comune*

☐ che il familiare disabile in situazione di gravità sopraindicato non è ricoverato presso una struttura pubblica o privata;

☐ di essere attualmente l'unico familiare che assiste il disabile in situazione di gravità sopraindicato;

☐ quanto segue relativamente a tutti i sottoelencati soggetti (indicati secondo il previsto ordine di priorità tassativo ed esclusivo) legittimati a fruire del congedo retribuito art. 42, co.5, D.Lgs. 151/2001 per il disabile sopraindicato:
indicare per ciascun soggetto una delle seguenti motivazioni: mancante, deceduto, affetto da patologia invalidante (per la quale è obbligatorio allegare documentazione rilasciata da medico specialista del servizio sanitario, medico convenzionato, medico della struttura sanitaria in caso di ricovero)

- il coniuge convivente o la parte dell'unione civile convivente della persona disabile
  *cognome e nome*_____ *motivazione*_____
- il padre (anche adottivo o affidatario) della persona disabile
  *cognome e nome*_____ *motivazione*_____
- la madre (anche adottiva o affidataria) della persona disabile
  *cognome e nome*_____ *motivazione*_____
- il figlio/la figlia convivente della persona disabile
  *cognome e nome*_____ *motivazione*_____
- il fratello/la sorella convivente della persona disabile
  *cognome e nome*_____ *motivazione*_____
- parente/affine entro il terzo grado convivente della persona disabile
  *cognome e nome*_____ *motivazione*_____

☐ di non aver fruito in precedenza del congedo biennale ai *sensi art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001 (ex L. 53/2000, art. 4)*;

☐ di aver già usufruito del congedo biennale ai *sensi art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001 (ex. L: 53/2000, art. 4)* nei seguenti periodi:

dal _____ al _____ per complessivi _____

dal _____ al _____ per complessivi _____

dal _____ al _____ per complessivi _____

dal _____ al _____ per complessivi _____

☐ 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 D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

data_____

firma_____

Allegati:(indicare solo quelli di interesse)

- *verbale commissione medica della ASL di* _____ *n.* _____ *del* _____ *relativa al familiare per il quale si richiede il congedo;*
- *documentazione rilasciata dal Comune relativa alla dimora temporanea;*
- *residenza*
- *documentazione relativa alla patologia invalidante dei familiari legittimati a fruire del congedo;*
- _____
- _____