

IC VIA PALMIERI-MILANO

RICEVUTO IN DATA

PROT. N. _____ / _____

Al Dirigente Scolastico

IC VIA PALMIERI

Via Palmieri, 24

MILANO

OGGETTO: RICHIESTA CONGEDO BIENNALE PER ASSISTENZA SOGGETTO CON HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ (Prov. _____) residente a _____ (Prov. _____)
Via/P.zza _____ n° _____, in servizio presso codesto Istituto in
qualità di Docente A.T.A. con contratto a tempo indeterminato determinato

C H I E D E

di usufruire del congedo biennale retribuito di cui ad art. 42, c. 5, D. Lgs n. 151/2001, come modificato da sentenze Corte Costituzionale n. 233/08.06.2005 e n. 19 /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 figlio, 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, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

D I C H I A R A

(dichiarazione sostitutiva di certificazioni e dell'atto di notorietà ai sensi Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amm.va – D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

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 o affido _____ Data e luogo di nascita _____

Residente a _____ (Prov. _____) Via/P.zza _____ n. _____

come risulta dalla certificazione allegata.

- di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;
- che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverata a tempo pieno presso Ist. Specializ.
- che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso soggetto portatore di handicap;
- di essere convivente⁽²⁾ con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;
- di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

intero, dal _____ al _____ per mesi: _____ gg: _____

frazionato 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 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Milano, _____

Firma

⁽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.19583/02.09.09)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Paola Maria Tirone)