**DOMANDA CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTENZA DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA’**

**(*art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001, e s.m.i.)***

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.C. “G. Moscati” - Benevento

**OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap.**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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, del decreto legislativo n.151 del 26 marzo 2001, di fruire dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_\_ giorni di congedo straordinario retribuito dal per assistere il sotto indicato familiare:

* FIGLIO/A (anche se non convivente) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* CONIUGE CONVIVENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* GENITORE CONVIVENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* FRATELLO CONVIVENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* PARENTE O AFFINE ENTRO IL 3° GRADO CONVIVENTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R n. 445 del 28 dicembre 2000, delle responsabilità amministrative civili e penali previste per dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste,

**DICHIARA**

* che il familiare da assistere è stato riconosciuto in condizione di disabilità grave, ai sensi dell’art.3, comma 3, della legge n.104/1992, come da documentazione allegata (che può essere prodotta dall’interessato anche in forma di dichiarazione sostitutiva, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000);
* di essere convivente – ovvero di avere la medesima residenza anagrafica e di coabitare con il familiare da assistere in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito, né dei permessi di cui all’art.33 della legge n. 104/1992, per assistere il medesimo soggetto (il requisito non è richiesto qualora l’istanza sia prodotta dal genitore del disabile);
* in caso di istanza prodotta dal genitore del disabile, che negli stessi giorni l’altro genitore non fruisce dei benefici di cui all’art.33, commi 2 e 3 della legge n. 104/1992 e 33, comma 1, del d. lgs. n. 151/2001 (permessi e prolungamento del congedo parentale);
* che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno;
* che la struttura sanitaria presso la quale il disabile è ricoverato a tempo pieno ha richiesto espressamente la presenza del familiare che presta assistenza, come da documentazione allegata;
* che non vi sono altri familiari legittimati a fruire, in via prioritaria, del congedo in questione, nell’ordine indicato dalla legge:
  + coniuge convivente: per  mancanza  decesso presenza di patologie invalidanti;
  + genitori: per  mancanza  decesso  presenza di patologie invalidanti;
  + figli conviventi: per  mancanza  decesso  presenza di patologie invalidanti;
  + fratelli o sorelle conviventi: per  mancanza  decesso  presenza di patologie invalidanti,

come da documentazione allegata (che può essere prodotta dall’interessato anche in forma di dichiarazione sostitutiva, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000);

* di aver già fruito, nell’arco della propria vita lavorativa, per assistere il medesimo o altri familiari disabili, di periodi di congedo straordinario retribuito per un numero di giorni pari a \_\_\_\_\_\_ oppure  di non aver fruito, nell’arco della propria vita lavorativa, per assistere il medesimo o altri familiari disabili, di periodi di congedo straordinario retribuito;
* che per assistere la stessa persona in condizione di disabilità grave altri familiari hanno già fruito del predetto congedo per un numero di giorni pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ oppure  che nessun altro familiare ha già fruito del predetto congedo per assistere la stessa persona in condizione di disabilità grave;
* di aver già fruito, nell’arco della propria vita lavorativa, di periodi di congedo straordinario non retribuito “per gravi e documentati motivi familiari” (art. 4, comma 2, legge n. 53 dell’8 marzo 2000) per un numero di giorni pari a \_\_\_\_\_\_\_\_ / oppure  di non aver fruito, nell’arco della propria vita lavorativa, di periodi di congedo straordinario non retribuito “per gravi e documentati motivi familiari” (art. 4, comma 2, legge n. 53 dell’8 marzo 2000);
* di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione di notizia o situazione dichiarata nel presente modulo.

Si allega copia fotostatica del documento di identità.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL SOGGETTO ASSISTITO**

Il/la sottoscritt \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat \_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (inserire grado di parentela);

**dichiara**

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dalla Legge 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Pavia, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

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

Si allegano copie documenti di identità