

OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap
(art. 42, comma 5 D.L.gs 151/2001D.Lgs. 105 del 30 giugno 2022, Circolare INPS n. 3096 del 5 agosto 2022.)

La sottoscritta.....nata a.....il....., C.F.....,
residentea..... (...), in Via....., in servizio presso questa scuola in qualità di
.....

CHIEDE

di usufruire del congedo biennale retribuito di cui ad art. 42, c. 5, D. Lgs n. 151/2001, in quanto:

- coniuge convivente, convivente unito civilmente e dal 13 agosto 2022 convivente di fatto della persona disabile in situazione di gravità;
- padre o madre, anche adottivi o affidatari, della persona disabile in situazione di gravità (in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente, del convivente unito civilmente e del convivente di fatto);
- figlio convivente della persona disabile in situazione di gravità (nel caso in cui il coniuge convivente, il convivente unito civilmente, il convivente di fatto ed entrambi i genitori del disabile siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti);
- fratello o sorella convivente della persona disabile in situazione di gravità (nel caso in cui il coniuge convivente, il convivente unito civilmente, il convivente di fatto, entrambi i genitori ed i figli conviventi del disabile siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti);
- parente/affine entro il terzo grado convivente della persona disabile in situazione di gravità (nel caso in cui il coniuge convivente, il convivente unito civilmente, il convivente di fatto, entrambi i genitori, i figli conviventi e i fratelli/sorelle conviventi del disabile siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti).

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

(Artt. 46 e 47 T.U. D.P.R. 445/2000)

sotto la sua personale responsabilità 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:
- Sig./Sig.ra....., (indicare il grado di parentela.....), nata
.....il, residente a(....)in Via, come risulta dalla certificazione in possesso a Codesta istituzione;
- 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 **struttura pubblica o privata;**
- di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato a tal fine si allega certificato di residenza;
- 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
- che nessun altro familiare ha già fruito del predetto congedo per assistere la stessa persona in condizione di disabilità grave;
- di voler usufruire del congedo:**

dal.....al.....gg.

di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:

dal.....al.....gg.

dal.....al.....gg....

dal.....al.....gg.....

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.....

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);

Atzara, FIRMA

VISTO

SI CONCEDE

NON SI CONCEDE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Daniela Sau

(Firmato digitalmente)
