

AI DIRIGENTE SCOLASTICO

1° C.D. PAP GIOVANNI XXIII

VALENZANO(BA)

**OGGETTO: Domanda di congedo straordinario per assistenza al familiare portatore di handicap**

La/Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ \_prov.( ) in servizio presso

codesta Istituzione Scolastica, in qualità di \_\_\_\_\_

con contratto di lavoro a tempo indeterminato

**CHIEDE**

In applicazione dell'art.33 della legge 104/92 e dell'art.42 del D.L. n.151/2001 come modificato

dalla Legge n.350/2003 di usufruire di un periodo di congedo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

per assistere il proprio familiare \_\_\_\_\_ portatore di handicap

grave, come da documentazione acquisita e depositata agli atti della scuola.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**MODELLO DI DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE  
DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'**  
*(art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001)*

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Del \_\_\_\_\_

Di \_\_\_\_\_

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a 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 di usufruire del congedo straordinario spettante per assistere il/la proprio/a \_\_\_\_\_ in situazione di handicap grave, accertato ai sensi dell'art. 4 comma 1 della legge n. 104/92:

nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

nei seguenti periodi:

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

**A TAL FINE DICHIARA**

(Art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, art. 3, comma 10, L. 15 marzo 1997 n. 127, art. 1, Dpr 20 ottobre 1998 n. 403)  
(art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

- Di essere convivente con il/la proprio/a \_\_\_\_\_ nome e cognome \_\_\_\_\_ in situazione di disabilità grave.
- che il proprio familiare portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno;
- che il proprio familiare portatore di handicap grave non è impegnato in attività lavorativa;
- che nessun altro familiare ha già usufruito di congedo straordinario, con o senza indennizzo, per lo/la stesso/a familiare disabile in situazione di gravità;
- che nessun altro familiare usufruirà nel periodo di congedo straordinario dei permessi orari o giornalieri previsti dall'art. 33 della l. 104/92 per lo/la stesso/a familiare disabile in situazione di gravità;
- che il proprio familiare portatore di handicap grave è stato accertato che non è rivedibile/è rivedibile in data \_\_\_\_\_;

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate.

Il/la sottoscritto/a è inoltre consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Il/la sottoscritto/a dichiara che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità

La copia del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente commissione medica legge 104 operante presso l'ASL di \_\_\_\_\_ è depositata agli atti della scuola.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_