

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

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
I.I.S. "LA FARINA -BASILE"  
MESSINA**

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

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ,  
C.F. \_\_\_\_\_ , residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in servizio presso questa scuola in qualità di  
\_\_\_\_\_ con rapporto a tempo  indeterminato  determinato

**CHIEDE**

di usufruire del congedo biennale retribuito di cui all'art. 42, co 5, del D.lgs 151/2001, come modificato da sentenze della Corte Costituzionale n. 233 dell'08/06/2005 e n. 19 del 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 figli, 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 ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità

**DICHIARA**

- 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/affido) \_\_\_\_\_  
Data e Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ come risulta da documentazione che si allega.
- di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata
- che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituto specializzati
- di essere convivente (2) con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopraindicato
- che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso portatore di handicap
- che i genitori della persona disabile in situazione di gravità sono entrambi deceduti o totalmente inabili (allegare certificazione)
- che la persona disabile in situazione di gravità non ha figli o non convive con alcuno di essi
- che la persona disabile in situazione di gravità non ha fratelli o non convive con alcuno di essi
- che gli altri parenti entro il terzo grado di parentela della persona disabile in situazione di gravità non convivono con essa

- di essere a conoscenza della rinuncia degli altri figli di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità con esso/a conviventi ad usufruire per lo stesso genitore del congedo straordinario retribuito negli stessi periodi da me richiesti
- che altri familiari di mio/a padre/madre hanno già usufruito di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo straordinario per lo stesso genitore disabile in situazione di gravità
- di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_
- di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti “ per gravi e documentati motivi familiari” (art.4, comma 2, Legge n. 53//2000)  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_
- di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

intero    dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg.: \_\_\_\_\_  
                   dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg.: \_\_\_\_\_  
                   dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg.: \_\_\_\_\_  
                   dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg.: \_\_\_\_\_  
                   dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg.: \_\_\_\_\_

frazionato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg.: \_\_\_\_\_  
                   dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg.: \_\_\_\_\_  
                   dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg.: \_\_\_\_\_  
                   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 del TU delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, DPR N. 445 DEL 28/12/2000

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

Si allega:

- ✓ Copia fotostatica autenticata del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente commissione medica, Legge 104/1992, operante presso l'ASL
- ✓ Certificato di nascita del familiare o autocertificazione
- ✓ Autodichiarazione rilasciata dagli altri aventi diritto di non aver fruito del congedo ovvero attestante i periodi di congedo fruiti

\_\_\_\_\_ Firma