



Piazza Caduti di Nassiriya, 14 – 16043 Chiavari (GE)

Tel. 0185 363057/0185 308385

C.F. 90066960106 – email: geps17000a@istruzione.it

www.marconidelpino.edu.it

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza soggetto con handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 42 comma 5 del D.Lgs. n. 151 del 2001

Il/La sottoscritto/a _____, nat__ a _____, il _____, residente a _____ in _____, in servizio presso _____ in qualità di _____ a tempo indeterminato / determinato,

CHIEDE

In qualità di:

- coniuge convivente/parte dell'unione civile convivente/ convivente di fatto ai sensi dell'articolo 1, comma 36, della legge n. 76/2016 della persona disabile in situazione di gravità*,
- padre o madre naturale o adottivo/a, anche se non convivente, del figlio disabile in situazione di gravità;
(in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente / della parte dell'unione civile convivente / del convivente di fatto di cui all'articolo 1, comma 36, della legge n. 76/2016)
- figlio/a convivente della persona disabile in situazione di gravità;
(nel caso in cui il coniuge convivente / la parte dell'unione civile convivente / il convivente di fatto di cui all'articolo 1, comma 36, della legge n. 76/2016 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 / la parte dell'unione civile convivente / il convivente di fatto di cui all'articolo 1, comma 36, della legge n. 76/2016, entrambi i genitori e 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 / la parte dell'unione civile convivente / il convivente di fatto di cui all'articolo 1, comma 36, della legge n. 76/2016, entrambi i genitori, i figli

*Art. 42 comma 5 D.Lgs. n. 151/2001. Al coniuge convivente sono equiparati, ai fini della presente disposizione, la parte di un'unione civile di cui all'articolo 1, comma 20, della legge 20 maggio 2016, n. 76, e il convivente di fatto di cui all'articolo 1, comma 36, della medesima legge.

conviventi e i fratelli o sorelle conviventi siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti).

di fruire

del congedo straordinario spettante per l'assistenza di persona disabile in situazione di gravità ai sensi dell'art.42 comma 5 del D.Lgs. 151/2001, per i seguenti periodi e secondo le seguenti modalità:

intero, 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. : _____

per assistere la seguente persona disabile in situazione di gravità:

Cognome _____ Nome _____
nata/o a _____ il _____
residente a _____ in _____

A TAL FINE DICHIARA

- di essere coniuge convivente / parte dell'unione civile convivente / convivente di fatto di cui all'articolo 1, comma 36, della legge n. 76/2016
- di essere convivente con il genitore/ con il fratello/sorella/ affine convivente entro il terzo grado (cancellare quanto non interessa) in condizione di handicap grave;
- di impegnarsi ad instaurare la convivenza con il familiare disabile in situazione di gravità successivamente alla richiesta di congedo ed entro l'inizio del periodo di congedo richiesto e a mantenerla per tutta la durata dello stesso;

- che i soggetti che precedono nell'ordine di fruizione stabilito dall'art. 42 comma 5 del D.lgs. n. 165 del 2001 sono:

- deceduti
- mancanti
- affetti da patologie invalidanti (Fornire la documentazione comprovante)

- che il soggetto da assistere è stato accertato in stato di handicap grave ai sensi dell'art. 4 comma 1, della Legge 104/1992 dalla Asl di _____ in data _____

Rivedibile:

- SI NO

- che il soggetto da assistere non è ricoverato a tempo pieno

- di aver già fruito, in tutta la vita lavorativa, di congedi straordinari con indennizzo e non retribuiti (art 4, comma 2. L.53/2000) sia per il presente familiare con handicap grave, che per altri familiari o per altri gravi motivi personali (massimo 2 anni per lavoratore) per i seguenti periodi:

dal _____ al _____ tot. gg _____
dal _____ al _____ tot. gg _____
dal _____ al _____ tot. gg _____

DICHIARA INOLTRE

che non sono stati usufruiti, da altri aventi diritto, giorni di congedo straordinario con o senza indennizzo per lo stesso familiare disabile;

che sono stati fruiti, da altri familiari aventi diritto, (indicare cognome, nome, data di nascita, tipologia di parentela con il disabile, luogo di lavoro)

_____ giorni di congedi straordinari con indennizzo o senza retribuzione (art 4, comma 2. L.53/2000) per lo stesso soggetto:

dal _____ al _____ tot. gg _____
dal _____ al _____ tot. gg _____
dal _____ al _____ tot. gg _____

La/il sottoscritta/o si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate come il ricovero a tempo pieno del portatore di handicap, la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL, etc...

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 dagli eventuali benefici ottenuti.

Dichiara inoltre che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e che è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende dichiarazioni mendaci (cfr. artt. 75 e 76 del DPR 445/2000).

_____ li ___ / ___ / _____

Firma del richiedente

Si allega:

Certificato rilasciato dalla commissione ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (se non è già in possesso di questa Amministrazione).