**CONGEDO STRAORDINARIO BIENNALE RETRIBUITO PER ASSISTENZA FAMILIARI CON HANDICAP GRAVE**

(art. 42 comma 5 decreto legislativo n. 151/2001 e successive modificazioni)

 Al Dirigente scolastico

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

Data

Il/La sottoscritto/a , nato/a a ( ), il

 , residente a , via , codice fiscale

 , dipendente di codesta Istituzione scolastica in qualità di docente

 Assistente amm.vo Collaboratore scolastico, con contratto a tempo indeterminato tempo determinato

**C H I E D E**

In qualità di:

# coniuge convivente della persona con handicap grave,

oppure in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente,

* **padre o madre naturale o adottivo/a,** anche se non convivente con il figlio, oppure in caso di decesso, mancanza o in presenza di patologie invalidanti del padre e della madre, anche adottivi,

# figlio convivente,

oppure in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti dei figli conviventi

# fratelli o sorelle conviventi,

* **parente o affine entro il terzo grado conviventi,**

di fruire del congedo straordinario spettante per la persona in condizione di handicap grave, accertato ai sensi dell’art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992 e della relativa indennità in base all’art.42 comma 5 del D. Lgs. 151/2001 per i seguenti periodi:

dal al tot. gg

dal al tot. gg

dal al tot. gg

per assistere il disabile sotto indicato:

Cognome Nome nata/o a il residente a in

**A TAL FINE DICHIARA**

 di essere convivente con il coniuge - con il genitore - con il fratello/sorella in condizione di disabilità grave (la convivenza non è richiesta per l’assistenza verso i figli da parte del padre e della madre)

 che il portatore di handicap grave, è stato accertato ai sensi dell’art. 4 comma 1, della Legge 104/1992 dalla Asl

di in data

 che non è ricoverato a tempo pieno

 che non è impegnato in attività lavorativa

Rivedibile: SI NO

 che nel periodo di congedo nessun familiare usufruirà dei permessi orari e giornalieri previsti dall’art. 33 della L. 104/92 – Unica eccezione per il padre e la madre verso i figli per i quali si dichiara che l’altro genitore fruirà

 non usufruirà dei permessi nello stesso mese, seppur non negli stessi giorni;

 di aver già fruito, in tutta la vita lavorativa, di congedi straordinari retribuiti e non retribuiti (art 4, comma 2. L.53/2000) sia per il presente familiare disabile, che per altri familiari o per altri gravi motivi personali (max 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 (max 2 anni per 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) 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 da 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 attestazioni mendaci (art. 495 c.p. e artt. 75 e 76 del DPR 445/2000).**

 Il/la sottoscritto/a

Visto il Dirigente Scolastico

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# ALLEGATI

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

 Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_