

Al Dirigente Scolastico
dell'istituto Comprensivo
Cividate -Camuno (Bs)

**OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap
(art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001) .
(MADRE/PADRE _____).**

La sottoscritta _____, nata a _____ (BS) il _____,
residente in _____ in servizio presso _____ in
qualità di _____,

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 42, comma 5 D.L.vo N. 151/2001
di usufruire del congedo straordinario spettante al figlio di persone disabili in situazione di gravità
nei seguenti periodi:
dal _____ al _____.

DICHIARA

- di essere convivente con il genitore: _____ in situazione di grave disabilità;
- che il soggetto da assistere è stato riconosciuto in condizioni di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92;
- che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito per assistere il medesimo soggetto;
- che il coniuge del soggetto disabile è mancante;
- di aver già fruito di periodi di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto per un numero di giorni pari a (**mesi** _____);
- di aver già fruito nell'arco della propria vita lavorativa per assistere altri familiari disabili, di periodo di congedo straordinario retribuito, per un numero di giorni pari a _____;
- che per assistere la stessa persona in condizioni di disabilità grave hanno già usufruito del predetto congedo i seguenti familiari: _____;
- di aver già usufruito 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 n. _____ giorni;
- che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno;
- che il disabile è ricoverato in stato vegetativo persistente e /o in situazione terminale;
- che il disabile è ricoverato ma deve recarsi al di fuori della struttura sanitaria per effettuare prestazioni specialistiche
- che il soggetto disabile è ricoverato a tempo pieno ma la struttura sanitaria ha richiesto l'assistenza del familiare;
- di impegnarsi ha comunicare qualsiasi variazione di notizia o situazione dichiarata nel presente modulo, di essere altresì consapevole che l'Amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni ed è consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazione false dirette a procurare indebitamente la prestazione richieste;

Data _____

Firma _____

Si allega:

➤ Copia fotostatica autenticata del certificato attestante l'handicap della
operante presso l' ASL di Breno. rilasciato dalla competente commissione medica legge 104/1992