ALLEGATO

### RICHIESTA CONGEDO STRAORDINARIO BIENNALE RETRIBUITO PER ASSISTENZA A FAMILIARE

**CON HANDICAP GRAVE ai sensi dell’art. 42, comma 5, del D. Lgs 26 marzo 2001, n. 151 e successive modifiche e integrazioni**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

dell’IC di (CS)

Il/La sottoscritto/a nato/a a il residente a

 in via , n. ,

□ con rapporto di lavoro a tempo pieno;

□ con rapporto di lavoro a tempo parziale al %, con articolazione □ orizzontale □ verticale □mista

### chiede

di poter usufruire del congedo retribuito ai sensi dell’art. 42, comma 5, del D. Lgs. 26 marzo 2001, n. 151 e successive modificazioni ed integrazioni, nei seguenti periodi:

dal al ; dal al ; dal al ; dal al ; dal al ; dal al .

per assistere il/la proprio/a □ **coniuge o convivente L. n. 76/2016 o parte unione civile,** □ **figlio,** □ **genitore,**

□ **fratello/sorella,** □ **altro parente/affine** fino al terzo grado **(indicare parentela) \***

Sig./ra residente a

in via n. .

A tal fine, a conoscenza delle sanzioni penali previste dall’ art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci

## dichiara

* che il parente da assistere è stato riconosciuto in condizione di handicap grave ai sensi dell’art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992 con verbale del dell’INPS di che si allega;
* di prestare assistenza continuativa ed esclusiva al parente da assistere;
* che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria;
* di essere convivente con il parente da assistere (ovvero di avere insieme residenza e coabitazione come da circolare 01/2012 FP);
* ovvero con riferimento ai periodi richiesti, di avere dimora temporanea presso la residenza dell’assistito/a in quanto iscritto/a nello schedario della popolazione temporanea ai sensi dell’ art. 32 del D.P.R. 30 maggio 1989,

n. 223 del Comune di ;

* che il proprio parente ha assunto, per i periodi richiesti, la dimora temporanea presso la residenza del/la sottoscritto/a in quanto è iscritto nello schedario della popolazione temporanea del Comune di

 ai sensi dell’ art. 32 del D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223;

* che nei su indicati periodi di assenza nessun altro familiare dell’assistito/a fruisce del medesimo congedo retribuito;
* che la situazione familiare del proprio parente disabile è la seguente (da compilare qualora non si alleghi lo stato di famiglia o si presti assistenza a soggetto diverso dal coniuge):

#### non è coniugato, unito civilmente ovvero convivente l.76/16, ovvero che il coniuge (o parte unione civile o convivente l.76) dell’assistito/a, Sig./ra

* + - è mancante perché
		- è affetto da patologie invalidanti (allegare certificazione\*);
	+ **che il genitore** (padre) **dell’assistito/a** Sig./ra
		- è mancante perché
		- è affetto da patologie invalidanti (allegare certificazione\*);
	+ **che il genitore** (madre) **dell’assistito/a** Sig./ra
		- è mancante perché
		- è affetto da patologie invalidanti (allegare certificazione\*);
* che il parente da assistere: (da compilare nel caso si presti assistenza a soggetto diverso dal coniuge)

#### non ha altri parenti prossimi conviventi

* + **ha i seguenti parenti prossimi conviventi:**
* Sig./ra (grado di parentela)
	+ è affetto/a da patologie invalidanti (allegare certificazione\*)
	+ non è lavoratore/rice dipendente
	+ è lavoratore/rice dipendente presso la seguente amm.ne/ente/azienda:

 con sede a in via

 n. ;

* Sig./ra (grado di parentela)
	+ è affetto/a da patologie invalidanti (allegare certificazione\*)
	+ non è lavoratore/rice dipendente
	+ è lavoratore/rice dipendente presso la seguente amm.ne/ente/azienda:

 con sede a in via

 n. ;

* Che il/la sottoscritto/a, presso questa amministrazione ovvero presso altri datori di lavoro pubblici e/o privati

#### per il familiare in parola:

* + ha già fruito di n. giorni di congedo retribuito
	+ ha già fruito di n. giorni del congedo **non** retribuito per gravi e documentati motivi familiari (art. 4, comma 2, legge 8 marzo 2000, n. 53)

**per altri familiari** (indicare relazione di parentela e cognome e nome)

* Sig./ra (grado di parentela)
	+ ha già fruito di n. giorni di congedo retribuito
	+ ha già fruito di n. giorni di congedo **non** retribuito per gravi e documentati motivi familiari (art. 4, comma 2, legge 8 marzo 2000, n. 53);
* Dichiara altresì di impegnarsi a comunicare ogni variazione della situazione di fatto e di diritto dichiarata con la presente domanda.

Data

Firma

Allegare documento di identità in corso di validità

## Schema di domanda e di autocertificazione

La *domanda* va indirizzata al Dirigente Scolastico della propria scuola di titolarità.

Alla domanda va allegata l’*autocertificazione* (*Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà*) che riportiamo di seguito in conformità alle istruzioni dettate con la Circ. Funz. Pubbl. n. 13/2010, punto 7.

Al Dirigente Scolastico

......................................

….….............................

Io sottoscritto ............................................., nato a ............................ il , in servizio presso codesta

istituzione scolastica quale .................... ..............................................

*chiedo alla S.V.*

di fruire il seguente beneficio – qui di seguito contrassegnato con una crocetta – , previsto dalle norme sulla tutela e

l’assistenza dei disabili:

 il *prolungamento del congedo parentale* spettante per il figlio fino a otto anni di vita, disabile in situazione di gravità, ai sensi dell’art. 33. co. 1, e 42, co. 1, d.lgs. n.151/2001, per l’assistenza del proprio figlio

...................... ..... ....... ... .... nato a ..................... ..... ..... il ;

 i *permessi retribuiti di una o due ore al giorno* spettanti per il figlio entro gli tre anni di vita, disabile in situazione di gravità*,* ai sensi dell’art. 33, co. 2, parte finale, della legge n. 104/1992 e dall’art. 42, co. 1, del Dlgs. n. 151/2001, per l’assistenza del proprio figlio .......................... ... .... .........., nato a ...............

................ il ,;

 i *permessi retribuiti di tre giorni al mese ( )*, spettanti per il figlio entro gli otto anni di età,

disabile in situazione di gravità, ai sensi dell’ art. 33, co. 2 legge n. 104/1992, art. 33, co. 2, e 42, co. 1, Dlgs. 151/2001 e Circ. Funz. Pubbl. n. 13/2010, punto 4, per l’assistenza del proprio figlio ......................

......... ......, nato a ............................... il ;

 i *permessi retribuiti di tre giorni al mese ( ),* spettanti per il figlio disabile in situazione di

gravità, ai sensi dell’art. 42, co. 3, D.Lgs. 151/2001 e dell’art. 33, co. 3, della legge n. 104/1992, per

l’assistenza del proprio figlio ...................... ......... ......, nato a il ;

 i *permessi retribuiti di tre giorni al mese ( )* per l’assistenza del parente o affine entro un

certo grado di parentela o affinità, compresi coniuge e figlio maggiorenne, disabile in situazione di gravità, di cui all’art. 33, comma 3, legge 104/1992 e art. 20 legge 8/3/2000 n. 53, per l’assistenza di

........................... ........................... .................., nato a ...................................... il , il

quale nei miei riguardi riveste il seguente rapporto di parentela o affinità: ............... ..... ................... .........

............. ....................................

 i *permessi di due ore al giorno* per me stesso lavoratore disabile in situazione di gravità, ai sensi dell’art. 33, comma 6, legge 104/1992, in quanto riconosciuto disabile in situazione di gravità, come da unita documentazione;

 i *permessi di tre giorni al mese* per me stesso lavoratore disabile in situazione di gravità, ai sensi dell’art. 33, comma 6, legge 104/1992, in quanto riconosciuto portatore di handicap in situazione di gravità, come da unita documentazione;

 la *priorità nella scelta della sede*, ai sensi degli art. 21 legge n. 104/1992, ovvero art. 33, co. 5, legge n.

104/1992, per le seguenti operazioni di assegnazione di sede: .................................... ....... .......... .............

........... ............... .... ....... ....................................................

 il *congedo retribuito fino a un biennio*, di cui all’art. 42, co. da 5 a 5 quinquies del D.Lgs. 26/3/2001 n. 151, in quanto ne ho diritto per l’assistenza di disabile in situazione di

gravità ai sensi della legge n. 104/1992, *(grado di parentela)* non ricoverato

a tempo pieno.

A tal fine dichiaro quanto segue:

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

A tal fine allego la seguente documentazione:

1. l’allegata *autocertificazione*, prevista dal punto 7 della Circ. Funz. Pubbl. n. 13/2010.
2. ...................................................................................................................................................
3. ...................................................................................................................................................
4. ...................................................................................................................................................

......................*, (data)* .......................

In fede

....................................

# Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

*(Art 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)*

Io sottoscritto ........................................................, nato a ................................. il ,

residente a .............................................. Via .................................. c.a.p. , in servizio

presso………..………......………. in qualità di…………….......................................................... consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/2000 n . 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445, nonché di quanto dall’art. 20, co. 2, legge n. 102/2009 sul contrasto delle frodi in materia di invalidità civile, handicap e disabilità, nonché dall’art. 10, n. 3 del decreto legge n.

78 del 31 maggio 2010, convertito nella legge n. 122 del 30 luglio 2010 (danno patrimoniale

all’erario per le false attestazioni mediche).

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la mia responsabilità

# dichiaro, ai sensi della Circ. F.P. n. 13/2010, punto 7, di:

1. − prestare assistenza nei confronti di ............................................., nato a , il

. disabile in situazione di gravità non ricoverato a tempo pieno per il quale

sono chieste le agevolazioni previste per l’assistenza delle persone che si trovino in tale condizione;

*[ovvero, nel caso in cui il disabile sia lo stesso lavoratore dipendente,* 1 – di essere io stesso lavoratore disabile in situazione di gravità per cui necessito delle agevolazioni previste per la mia situazione di disabilità];

1. − di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta da parte mia la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la mia opera di assistenza;
2. − di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
3. − di impegnarmi a comunicare entro 30 giorni ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (secondo quanto previsto dall’art. 33, co. 7-bis, legge n. 104/1992 e Circ. Inps n. 155/2010, punto 4), in particolare ricovero a tempo pieno dell’assistito, revoca del giudizio di gravità, modifiche dei permessi richiesti, eventuale decesso del disabile).
4. − (*per il caso di congedo fino a 2 anni di cui all’art.42, co da 5 a 5-quinquies, del D.Lgs.*

*26/3/2001 n. 151)*, mi impegno a non esercitare alcuna attività lavorativa durante il periodo di congedo fruito, secondo quanto previsto dall’art. 4, co. 2, della legge n. 53/2000, richiamata dall’art. 42, co. 5-quinquies, del D.Lgs. n. 151/2001)

..................................., (data) ..........................

In fede

......................................