



RICHIESTA CONGEDO STRAORDINARIO BIENNALE

MODULO B2

Al Dirigente Scolastico
del CPIA N°1 di Cagliari

OGGETTO: Domanda per congedo straordinario biennale per assistere familiare disabile in situazione di gravità

(art. 42, comma 5 e ss. d.l.vo n.151/2001)

___/___/___ Sottoscritt

COGNOME _____ NOME _____

NAT ___ A _____ IL ___/___/___ CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ PROV (_____) CAP. _____

IN VIA/PIAZZA _____ N° _____

IN SERVIZIO PRESSO CODESTO ISTITUTO NELL'ANNO SCOLASTICO ___/___ AL DISTRETTO N° _____

SEDE DI _____

In qualità di **DOCENTE** **COLLABORATORE SCOLASTICO** **ASSISTENTE AMMINISTRATIVO**

con rapporto di lavoro a tempo pieno;

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

CHIEDE

di poter fruire 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:

figlio/a coniuge genitore fratello/sorella nuora/genero, di persona disabile

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'INPS 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 _____

Data e Luogo di nascita _____

Residente a _____ (Prov. _____)

Via/P.zza _____ n. _____

come risulta da documentazione allegata;

- Che il coniuge o il genitore della persona con handicap:
- ha compiuto i 65 anni di età
 - è affetto da patologie invalidanti
 - è deceduto
 - è mancante
- di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;
- che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverata/o a tempo pieno presso istituto specializzato;
- che il proprio familiare portatore di handicap grave non è impegnato in attività lavorativa;
- di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopraindicato;
- di essere convivente con il/la proprio/a _____ nome e cognome _____
in situazione di disabilità grave;
- che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso soggetto portatore di handicap;
- che la persona disabile in situazione di gravità ha figli 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;
- che il proprio familiare portatore di handicap grave è stato accertato che non / è rivedibile in data _____;
- di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:
- 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 voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:
- 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 art. 71,75 e 76 – T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, D.P.R. n.445 del 28/12/2000

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

Firma del Dirigente Scolastico _____