



ISTITUTO COMPRENSIVO
“Leopoldo II di Lorena”
FOLLONICA

via Balducci 2, 58022 Follonica (GR) -- tel. 0566 59052 -- C.F. 92077430533
e-mail: gric828005@istruzione.it gric828005@pec.istruzione.it -- http:// www.iclorena.edu.it

OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza soggetto con handicap in situazione di gravità

Il sottoscritt _____ nat _____ il _____

a _____ (Prov. _____) residente a _____ (Prov. _____),

Via/P.zza _____ n. _____, in servizio presso codesta Istituzione scolastica in qualità di _____, con rapporto di lavoro a Tempo:

- indeterminato determinato

CHIEDE

di usufruire del congedo biennale retribuito di cui ad art. 42, c. 5, D. Lgs n. 151/2001, come modificato da sentenze Corte Costituzionale n. 233/08.06.2005 e n. 19 /26.01.2009, in quanto:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità (se figlio, deve essere autocertificato se esistono altri fratelli che coabitano con i genitori e, nell'ipotesi che esistano, che non abbiano richiesto di usufruire di tale beneficio);

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Che l'ASL 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 parentela¹ _____
(data adozione/affido) _____ Data e luogo di nascita _____
Residente a _____, (Prov. _____), Via/P.zza _____, n. _____
Come risulta dalla certificazione che si allega.

- di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;
- che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.
- che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso soggetto portatore di handicap;
- di essere convivente² con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;
- di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

	dal	al	Tot. gg
<input type="checkbox"/> intero			
<input type="checkbox"/> frazionato			





Ministero dell'Istruzione
Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana
Ufficio VII - Ambito territoriale Grosseto



ISTITUTO COMPRENSIVO
"Leopoldo II di Lorena"
FOLLONICA

via Balducci 2, 58022 Follonica (GR) -- tel. 0566 59052 -- C.F. 92077430533
e-mail: gric828005@istruzione.it gric828005@pec.istruzione.it -- http:// www.iclorena.edu.it

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 artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Allegato: dichiarazione di effettiva convivenza anagrafica.

Data, _____

Firma

¹Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento); Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc.).

²Per convivenza si deve intendere solo la comune residenza, luogo in cui la persona ha la dimora abituale (Messaggio INPS n..09).



**DICHIARAZIONE DI EFFETTIVA CONVIVENZA ANAGRAFICA CON
L'HANDICAPPATO**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il/La sottoscritt _____ nat a _____
_____ prov. (____) il _____,
qualifica _____ avendo chiesto di beneficiare dell'art.
33 della legge 104/1992.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi della legge a. 15/1968, di essere effettivamente convivente con _____
_____ (specificare la relazione di parentela o
affinità) _____ unitamente al quale abita nel Comune di
_____ (____) via _____ e che
la descritta situazione risulta agli atti dell'anagrafe del Comune, avendo il/la sottoscritt _____
adempito alle prescrizioni dell'art. 13 del DPR n° 223/89

_____ li _____

Firma
