



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE CICAGNA
Viale Italia 13 A - 16044 CICAGNA (GE)
Tel. 0185/92118
geic84300g@istruzione.it geic84300g@pec.istruzione.it
C.F. 90058010100 www.iccicagna.edu.it



AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I. C. CICAGNA

OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza a persona in situazione di handicap
grave ai sensi art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001(ex L. 53/2000, art.4).

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____, C.F. _____, residente in _____ (___)

Via _____ n. _____ in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di

CHIEDE

di usufruire per il periodo dal _____ al _____

del congedo biennale per l'assistenza a persona in situazione di handicap grave ai sensi dell'art. 42, comma 5 del D.L.vo N. 151/2001 (ex L. 53/2000, art. 4), per il proprio familiare:

cognome e nome _____

nato a _____ **il** _____

grado di parentela _____

residente a _____ **via** _____

per il quale la Commissione medica della ASL di _____ nella seduta del _____ ha riconosciuto la gravità dell'handicap ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992 (vedi documentazione allegata).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETA'

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, ai sensi degli artt. 46 e 47(R) del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa),



DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità

- di essere convivente** con il familiare disabile sopraindicato; **
il requisito della convivenza può ritenersi soddisfatto quando colui che presta assistenza e il disabile assistito hanno la medesima residenza anagrafica ovvero, in caso contrario, quando uno dei due soggetti abbia fissato la propria dimora temporanea presso la residenza dell'altro e quindi risulti iscritto, ai sensi dell'art. 32 del D.P.R. n. 223 del 30/5/1989, nello schedario della popolazione temporanea del comune
- che il familiare disabile in situazione di gravità sopraindicato non è ricoverato presso una struttura pubblica o privata;
- di essere attualmente l'unico familiare che assiste il disabile in situazione di gravità sopraindicato;
- quanto segue relativamente a tutti i sottoelencati soggetti (indicati secondo il previsto ordine di priorità tassativo ed esclusivo) legittimati a fruire del congedo retribuito art. 42, co.5, D.Lgs. 151/2001 per il disabile sopraindicato:
indicare per ciascun soggetto una delle seguenti motivazioni: mancante, deceduto, affetto da patologia invalidante (per la quale è obbligatorio allegare documentazione rilasciata da medico specialista del servizio sanitario, medico convenzionato, medico della struttura sanitaria in caso di ricovero)
- il coniuge convivente o la parte dell'unione civile convivente della persona disabile
cognome e nome _____ motivazione _____
- il padre (anche adottivo o affidatario) della persona disabile
cognome e nome _____ motivazione _____
- la madre (anche adottiva o affidataria) della persona disabile
cognome e nome _____ motivazione _____
- il figlio/la figlia convivente della persona disabile *cognome*
e nome _____ motivazione _____
- il fratello/la sorella convivente della persona disabile *cognome e*
nome _____ motivazione _____
- parente/affine entro il terzo grado convivente della persona disabile
cognome e nome _____ motivazione _____
- di non aver fruito in precedenza del congedo biennale ai sensi art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001 (ex L. 53/2000, art. 4);
- di aver già usufruito del congedo biennale ai sensi art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001 (ex L. 53/2000, art. 4) nei seguenti periodi:
- dal _____ al _____ per complessivi _____
- dal _____ al _____ per complessivi _____
- dal _____ al _____ per complessivi _____
- dal _____ al _____ per complessivi _____



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE CICAGNA
Viale Italia 13 A - 16044 CICAGNA (GE)
Tel. 0185/92118
geic84300g@istruzione.it geic84300g@pec.istruzione.it
C.F. 90058010100 www.iccicagna.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 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

data _____

firma _____

Allegati:(indicare solo quelli di interesse)

- verbale commissione medica della ASL di _____ n. _____ del _____
relativa al familiare per il quale si richiede il congedo;
- documentazione rilasciata dal Comune relativa alla dimora temporanea;
- documentazione relativa alla patologia invalidante dei familiari legittimati a fruire del congedo;
- _____
- _____

VISTO: NON SI / SI AUTORIZZA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO