Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "Gorni"
QUISTELLO – MN –

CONGEDO STRAORDINARIO BIENNALE RETRIBUITO PER ASSISTENZA FAMILIARI CON HANDICAP GRAVE

(art. 42 comma 5 decreto legislativo n. 151/2001 e successive modificazioni)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____, via _____, in servizio nel corrente a.s. _____ in

qualità di Docente di Scuola _____ con contratto a tempo indeterminato presso il plesso di _____

C H I E D E

In qualità di:

☐ **coniuge convivente della persona con handicap grave**,

oppure in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente,

☐ **padre o madre naturale o adottivo/a,** anche se non convivente con il figlio, oppure in caso di decesso, mancanza o in presenza di patologie invalidanti del padre e della madre, anche adottivi,

☐ **figlio convivente,**

oppure in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti dei figli conviventi

☐ **fratelli o sorelle conviventi,**

☐ **parente o affine entro il terzo grado conviventi,**

di fruire del congedo straordinario spettante al coniuge di persona in condizione di handicap grave e della relativa indennità (all'art.42 T.U. sulla maternità e paternità - D. Lgs. 151/2001 come modificata dalla Circolare INPS 03.08.2007 n. 112 *" Estensione del diritto al congedo di cui all'art.42, comma 5, D.Lgs. 151/2001 al coniuge convivente con soggetto con handicap in situazione di gravità"* per i seguenti periodi:

- dal _____ al_____ tot gg. _____
- dal _____ al_____ tot gg. _____

per assistere il coniuge :

Cognome _____Nome _____nata/o a_____

il_____ residente a_____in_____

DICHIARA

- ❑ di essere convivente con il coniuge - con il genitore - con il fratello/sorella in condizione di disabilità grave (la convivenza non è richiesta per l'assistenza verso i figli da parte del padre e della madre)
- ❑ che il portatore di handicap grave, è stato accertato ai sensi dell'art. 4 comma 1, della Legge 104/1992 dalla Asl di_____ in data _____ Rivedibile: SI NO
- ❑ che non è ricoverato a tempo pieno
- ❑ che non è impegnato in attività lavorativa
- ❑ che nel periodo di congedo nessun familiare usufruirà dei permessi orari e giornalieri previsti dall'art. 33 della L. 104/92 – Unica eccezione per il padre e la madre verso i figli per i quali si dichiara che l'altro genitore fruirà non usufruirà dei permessi nello stesso mese, seppur non negli stessi giorni;
- ❑ di aver già fruito, in tutta la vita lavorativa, di congedi straordinari retribuiti e non retribuiti (art 4, comma 2. L.53/2000) sia per il presente familiare disabile, che per altri familiari o per altri gravi motivi personali (max 2 anni per lavoratore) per i seguenti periodi:

dal_____ al _____ tot. gg_____
dal_____ al _____ tot. gg_____
dal_____ al _____ tot. gg _____

DICHIARA INOLTRE

- ❑ che non sono stati usufruiti, da altri aventi diritto, giorni di congedo straordinario con o senza indennizzo per lo stesso familiare disabile (max 2 anni per disabile);
- ❑ che sono stati fruiti, da altri familiari aventi diritto, (indicare cognome, nome, data di nascita, tipologia di parentela con il disabile, luogo di lavoro)

  _____

  di congedi straordinari con indennizzo o senza retribuzione (art 4, comma 2. L.53/2000) per lo stesso soggetto:
  dal_____ al _____ tot. gg_____
  dal_____ al _____ tot. gg_____

La/il sottoscritta/o si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate come il ricovero a tempo pieno del portatore di handicap, la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL, etc…

Il/la sottoscritto/a, è inoltre consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Dichiara inoltre che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e che è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni mendaci (art. 495 c.p. e artt. 75 e 76 del DPR 445/2000).

La/il dipendente_____

Quistello li _____

ALLEGATI

- ❑ Certificato rilasciato dalla commissione ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia se non è già in possesso di questa Amministrazione)

- ❑ Altro (specificare) _____