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

Oggetto: **Domanda di congedo straordinario per il genitore con disabilità grave**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

in servizio presso _____ in qualità di docente scuola _____

Chiede

di usufruire del congedo straordinario spettante ai figli di persona in condizione di handicap grave e della relativa indennità (art. 42 T.U. sulla maternità e paternità – Decreto Legislativo 151/2001 come modificata dalla *Circolare INPS 16 marzo 2009, n. 41 "Estensione del diritto al congedo di cui all' art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001 al figlio convivente con la persona in situazione di disabilità grave")*) per i seguenti periodi:

- Dal _____ al _____ per complessivi gg. _____
- Dal _____ al _____ per complessivi gg. _____
- Dal _____ al _____ per complessivi gg. _____

per assistere il genitore sig./ra _____ nato/a a _____ il _____ residente a _____ in condizione di disabilità grave (art. 4, comma 1 Legge 104/1992) accertata dalla Commissione ASL di _____

Dichiara *(barrare solo le caselle interessate)*

- ☐ Di essere convivente con il genitore in condizione di disabilità grave
- ☐ Che il padre/madre non è coniugato/a o non convive con il coniuge
- ☐ Che il coniuge del padre/madre non svolge attività lavorativa o è lavoratore autonomo
- ☐ Che il coniuge del padre/madre non ha mai fruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona

oppure

- ☐ Che il coniuge del padre/madre ha usufruito di n._____ giorni di congedo straorinario per la stessa persona in situazione di disabilità grave
- ☐ Che il coniuge del padre/madre non ha chiesto per la stessa persona in condizione di disabilità grave, nei periodi indicati, congedi straordinari e non intende richiederli negli stessi periodi
- ☐ Che i genitori del soggetto disabile sono entrambi deceduti o totalmente inabili (allegare certificazione)

oppure

- ☐ Che l'unico genitore vivente del disabile è totalmente inabile (allegare certificazione)
- ☐ Che il padre/madre non ha altri figli o non convive con alcuno di essi

oppure

- ☐ Che gli altri figli conviventi del padre/madre non svolgono attività lavorativa o sono lavoratori autonomi

- ☐ Che gli altri figli del padre/madre non hanno mai fruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona

oppure

- ☐ Che gli altri figli del padre/madre hanno usufruito di n._____ giorni di congedo straorinario per la stessa persona in situazione di disabilità grave

- ☐ Che gli altri figli del padre/madre non hanno chiesto per la stessa persona in condizione di disabilità grave, nei periodi indicati, congedi straordinari e non intende richiederli negli stessi periodi

- ☐ Che il padre/madre non ha fratelli o sorelle o non convive con alcuno di essi

oppure

- ☐ Che i fratelli/sorelle conviventi del padre/madre non svolgono attività lavorativa o sono lavoratori autonomi

- ☐ Che i fratelli/sorelle conviventi del padre/madre non hanno mai fruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona

oppure

- ☐ Che i fratelli/sorelle conviventi del padre/madre hanno usufruito di n._____ giorni di congedo straorinario per la stessa persona in situazione di disabilità grave

- ☐ Che i fratelli/sorelle conviventi del padre/madre non hanno chiesto per la stessa persona in condizione di disabilità grave, nei periodi indicati, congedi straordinari e non intende richiederli negli stessi periodi

- ☐ Che i genitori, altri figli e fratelli/sorelle deceduti o totalmente inabili del padre/madre non hanno mai usufruito per l'assistenza al disabile in questione di giorni di congedo straordinario retribuito

oppure

- ☐ Che i genitori, altri figli e fratelli/sorelle deceduti o totalmente inabili del padre/madre hanno usufruito complessivamente per l'assistenza al disabile in questione di n._____ giorni di congedo straordinario retribuito

- ☐ Di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto

  - Dal _____ al _____ per complessivi gg. _____
  - Dal _____ al _____ per complessivi gg. _____
  - Dal _____ al _____ per complessivi gg. _____

- ☐ Di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti per gravi e documentati motivi famigliari (art. 4 comma 2 Legge 53/2000; art. 32 CCNL comparto Università 16.10.2008)

  - Dal _____ al _____ per complessivi gg. _____
  - Dal _____ al _____ per complessivi gg. _____
  - Dal _____ al _____ per complessivi gg. _____

- ☐ Di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento *(dichiarazione obbligatoria)*
- ☐ Di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, possa subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti *(dichiarazione obbligatoria)*
- ☐ Che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e di essere consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false. *(dichiarazione obbligatoria)*

Documentazione allegata (da non presentare se già allegata a precedenti domande di permessi Legge 104/1992)

- o Certificato rilasciato dalla competente ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap
- o Altro (specificare) _____

Data _____ Firma _____