

**CONGEDO STRAORDINARIO BIENNALE RETRIBUITO PER ASSISTENZA
FAMILIARI CON
HANDICAP GRAVE**

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

Data _____

Spett.le Dirigente Scolastico
D.D. " E.SALGARI"
PALERMO

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____), il _____,
residente a _____, via _____,
codice fiscale _____, dipendente di codesta Istituzione Scolastica in qualità
di _____ con contratto a tempo indeterminato

CHIEDE

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 per la persona in condizione di handicap grave, accertato ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992 e della relativa indennità in base all'art. 42 comma 5 del D. Lgs. 151/2001 per i seguenti periodi:

dal _____ al _____ tot gg. _____

dal _____ al _____ tot gg. _____

per assistere il disabile sotto indicato:

Cognome _____ Nome _____ nata/o

a _____ il _____ residente _____

in _____

A TAL FINE 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 _____

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 _____

Visto il responsabile la struttura di assegnazione

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)