



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE QUILIANO
Via Valleggia Superiore 17047 QUILIANO
Tel. 019/880169 Fax 019/2165283 svic809005@istruzione.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRESIVO
DI QUILIANO

**OGGETTO: DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTENZA A FAMILIARE CON
DISABILITÀ GRAVE (CONGEDO BIENNALE).**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ prov. _____
residente a _____ via _____ dipendente
dell'Istituto Comprensivo Statale di Quiliano dal _____ in qualità di _____

CHIEDE

alla S.V. di usufruire del congedo straordinario per assistenza a familiare con handicap grave e della relativa indennità (art. 42, c. 5, D. Lgs n. 151/2001, come modificato da sentenze Corte Costituzionale n. 233 del 08.06.2005 e n. 19 del 26.01.2009, n. 203 del 18.07.2013).

I periodi richiesti vengono accreditati figurativamente ai fini pensionistici con pagamento della relativa indennità nel seguente periodo:

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

per assistere il familiare sig./sig.ra _____ nato/a a _____ il
_____ residente a _____ in condizione di disabilità grave (art. 3,
comma 3 Legge 104/1992) accertata dalla Commissione ASL di _____

Dichiara (*barrare solo le caselle interessate*)

- Di essere convivente con il disabile in condizione di disabilità grave
- Che il disabile non è coniugato/a o non convive con il coniuge
- Che il coniuge del disabile non svolge attività lavorativa o è lavoratore autonomo
- Che il coniuge del disabile non ha mai fruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona
oppure
- Che il coniuge del disabile ha usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in
situazione di disabilità grave
- Che il coniuge del disabile 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 disabile non ha altri figli o non convive con alcuno di essi
oppure
- Che gli altri figli conviventi del disabile non svolgono attività lavorativa o sono lavoratori autonomi

- Che gli altri figli del disabile non hanno mai fruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona
oppure
- Che gli altri figli del disabile hanno usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in situazione di disabilità grave
- Che gli altri figli del disabile 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 disabile non ha fratelli o sorelle o non convive con alcuno di essi
oppure
- Che i fratelli/sorelle conviventi del disabile non svolgono attività lavorativa o sono lavoratori autonomi
- Che i fratelli/sorelle conviventi del disabile non hanno mai fruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona
oppure
- Che i fratelli/sorelle conviventi del disabile hanno usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in situazione di disabilità grave
- Che i fratelli/sorelle conviventi del disabile 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 disabile 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 disabile 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. _____
 - 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)
Certificato rilasciato dalla competente ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap.

Altro (specificare) _____

Data _____

Firma _____

Il congedo può essere richiesto solo per periodi successivi alla presentazione della domanda. Il lavoratore ha diritto a usufruire del congedo entro sessanta giorni dalla richiesta ed i periodi spettano per un massimo complessivo di due anni, anche in modo frazionato. Se non c'è ripresa di lavoro tra un periodo e l'altro di congedo, il sabato (in caso di settimana corta) e la domenica compresi tra i due periodi saranno conteggiati come congedo straordinario.

Il Dirigente Scolastico
(Angela CASCIO)