



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

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI QUILIANO

OGGETTO: RICHIESTA ANNUALE CONGEDO BIENNALE PER ASSISTENZA SOGGETTO CON HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ.

Il sottoscritt _____ nat _____ il _____
a _____ (prov. _____) residente a _____ (prov. _____)
Via/P.zza _____ n. _____, in servizio presso codesta Istituzione scolastica in
qualità di _____, con rapporto di lavoro a tempo Indeterminato Determinato

CHIEDE

alla S.V. di usufruire del congedo biennale retribuito di cui all' 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 in quanto:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità (se figlio, deve essere autocertificato se esistono altri fratelli che coabitano con i genitori e, nell'ipotesi che esistano, che non abbiano richiesto di usufruire di tale beneficio).

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000, n. 445).

Che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/_____, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:

Cognome e Nome _____ grado di parentela (1) _____

(data adozione/affido) _____ data e luogo di nascita _____

residente a _____, (prov. _____), via/p.zza _____, n. _____

come risulta dalla certificazione che si allega.

- di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;
- che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.
- che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso soggetto portatore di handicap;
- di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato (2);

- di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

dal _____ al _____ per mesi: _____ gg. : _____

dal _____ al _____ per mesi: _____ gg. : _____

dal _____ al _____ per mesi: _____ gg. : _____

dal _____ al _____ per mesi: _____ gg. : _____

- 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 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Data, _____

Firma _____

(1) Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento); Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc.).

(2) Per convivenza si deve intendere solo la comune residenza, luogo in cui la persona ha la dimora abituale (messaggio INPS n.19583 del 02.09.09).

Il Dirigente Scolastico
(Angela CASCIO)