



DIREZIONE DIDATTICA STATALE




Via Minniti, 2
70022 ALTAMURA
☎ 080.3147369
☎ 080.3101251

www.roncallialtamura.edu.it
e-mail: baee046007@istruzione.it
pec : baee046007@pec.istruzione.it
C.F. 82014380727
C.M. BAEE046007

3° CIRCOLO "RONCALLI"

**MODELLO DI DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE IL DISABILE
IN SITUAZIONE DI GRAVITA'
(art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001)**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
3° CIRCOLO DIDATTICO RONCALLI

**OGGETTO: Richiesta CONGEDO BIENNALE per assistenza persona in situazione di
Handicap grave (art. 42 co. 5 D.L.gs 151/2001)**

Il/La sottoscritto/a _____ nato il _____ a _____ ,
C.F. _____ , residente in _____ (____)
Via _____ n. _____ in servizio presso questa scuola in qualità di

CHIEDE

di poter usufruire del congedo biennale retribuito di cui all'art. 42 co. 5 del D. L.gs 151/2001, in qualità di figlio – genitore- parente -affine- coniuge di persona disabile in situazione di gravità, nei seguenti periodi:
dal _____ al _____
dal _____ al _____

DICHIARA:

- Che il disabile grave da assistere è il/la proprio/a padre/madre- parente -affine- coniuge suocero-a nato/a a il, residente nel Comune di (Pr....) in Via n.;
- di aver già usufruito dei periodi seguenti di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto:
dal _____ al _____ gg. ____
dal _____ al _____ gg. ____
- di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti” per grave e documentati motivi familiari” (art. 4, c, 2 L. N. 53/2000)
- dal _____ al _____ gg. ____
- dal _____ al _____ gg. ____

Data _____

Firma _____

VISTO: si concede

non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
dott.ssa Marilena DARAIA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(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)

Il/La sottoscritto/anata/o il
a.....Residente a- (Prov).....,
Via/viale/str....., in servizio presso codesta
.....in qualità di, con rapporto
di lavoro a tempo.....

Dichiara

Di usufruire del congedo biennale retribuito di cui ad art.42, c. 5, D. Lgs n.151/2001, come modificato da sentenze Corte Costituzionale n.233/08/06/2005 e n.19/26/01/2009, in quanto:

1. 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:
2. Cognome e Nome..... grado di parentela.....(vedovo/vedova/nubile)
3. Data e luogo di nascita.....il
4. Residente a....., (Prov.)....., Via/viale/str....., come risulta dalla certificazione che si allega.
5. Di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;
6. Che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverata/to a tempo pieno presso istituti specializzati.
7. Che nessun'altro familiare beneficia del congedo per lo stesso soggetto portatore di handicap;
8. Di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;
9. Di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità;
dall'.....al.....per giorni.....
_ di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazione possono effettuare i controlli sulla veridicità delle documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n.445.

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

Data,

(Firma richiedente)

.....

Si attesta l'adempimento delle disposizioni in materia di controllo delle dichiarazioni sostitutive di certificazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
DOTT.SSA MARILENA DARAIA

.....