

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

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
AL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO  
dell'Istituto Comprensivo di VERZUOLO

**OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap**

Il/La sottoscritto/a  nato/a a  
 il ,  
C.F.  residente in   
prov.  via/piazza , in servizio presso  
questo Istituto Comprensivo con contratto di lavoro a tempo  INDETERMINATO  DETERMINATO

in qualità di:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Ins.te Scuola Infanzia              | <input type="radio"/> Direttore S.G.A.          |
| <input type="radio"/> Ins.te Scuola Primaria              | <input type="radio"/> Assistente Amministrativo |
| <input type="radio"/> Ins.te Scuola Secondaria di I grado | <input type="radio"/> Collaboratore Scolastico  |

**CHIEDE**

ai sensi dell'art. 42 , comma 5 D.L. vo N. 151/2001, di usufruire del congedo straordinario spettante a  
(specificare grado di parentela)  di persona disabile in  
situazione di gravità per assistere  nato/a  
a  prov.  il  
, nei seguenti periodi:

dal  al  dal  al  dal  al   
dal  al  dal  al  dal  al

## DICHIARA

- che il disabile in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno;
- di essere convivente con il disabile in situazione di gravità;
- che il coniuge convivente del proprio genitore disabile in situazione di gravità non svolge attività lavorativa;
- che il genitore , disabile in situazione di gravità, ha altri figli ma non convive con alcuno di essi;
- che altri familiari del disabile hanno già usufruito di n.  giorni di congedo straordinario per lo stesso genitore disabile in situazione di gravità ;
- di non aver già usufruito di permessi per lo stesso motivo;
- di non aver già usufruito di alcun congedo straordinario non retribuito "per gravi e documentati motivi familiari" (art.4, comma 2 , Legge n. 53/2000).

li/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap, etc...) ed è consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazione false dirette a procurare indebitamente le prestazione richieste.

Si allega copia conforme all'originale del Verbale rilasciato dalla Commissione Medico Legale della ASL di competenza.

data

Firma

---

## DATI E DICHIARAZIONE DEL DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ

Il/La sottoscritto/a  nato/a a

il ,

residente in  prov.

via/piazza , consapevole delle sanzioni penali

richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000

dichiara sotto la propria responsabilità

- di essere  del/della richiedente con cui convivo e da cui intendo essere assistito in maniera esclusiva;
- di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla competente Commissione (art. 4, comma 1, della legge n. 104/92) di .
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- che il proprio coniuge, convivente,  non presta attività lavorativa (solo per genitore);
- che non presterò attività lavorativa nei periodi di congedo fruiti dal richiedente.

li

Firma

---