

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

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Ai sensi dell'art. 42, comma 5 D.L.vo N. 151/2001 di poter fruire di un congedo straordinario retribuito spettante a familiare di persona disabile in situazione di gravità, per assistere

Il/La \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ , in situazione di disabilità grave riconosciuta ai  
sensi dell'art.3 comma 3, della legge 104 del 5 febbraio 1992;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

1. di essere convivente con il disabile in situazione di gravità (medesima residenza);
2. che il familiare da assistere è stato riconosciuto in condizioni di disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3, della legge 104/1992;
3. che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito per assistere il medesimo soggetto;
4. di aver già fruito di periodi di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto per un numero di mesi: \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
numero di mesi: \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
numero di mesi: \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
numero di mesi: \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
5. di aver già fruito nell'arco della propria vita lavorativa, per assistere altri familiari disabili di periodi di congedo straordinario retribuito per un numero di giorni, pari a \_\_\_\_\_ ;
6. che il familiare in situazione di disabilità grave non ha altri figli conviventi;

7. che il coniuge del soggetto da assistere è mancante, deceduto o affetto da patologie invalidanti;
8. che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno;
9. di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione di notizia a situazione dichiarata nel presente modulo , di essere altresì consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che , in caso di dichiarazioni di dichiarazioni false, potrà subire un procedimento e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_