Al DIRIGENTE SCOLASTICO

 Dell’Istituto Comprensivo

 “G. Falcone e P. Borsellino”

 Morlupo

**OGGETTO: Domanda congedo straordinario biennale per assistenza minore disabile in situzione di gravità (***art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001***).**

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 periodo di congedo straordinario retribuito per assistere il/la minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a 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;

❒intero, .............. dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi:\_\_\_\_\_ gg. :\_\_\_\_\_

❒frazionato, ........ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi:\_\_\_\_\_ gg. :\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi:\_\_\_\_\_ gg. :\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi:\_\_\_\_\_ gg. :\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi:\_\_\_\_\_ gg. :\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi:\_\_\_\_\_ gg. :\_\_\_\_\_

# DICHIARA

1. che il minore disabile in situazione di gravità non è ricoverato/a a tempo pieno;
2. che il soggetto disabile è ricoverato a tempo pieno ma è stata richiesta dai sanitari della struttura la presenza del genitore (si allega documentazione);
3. che nessun altro familiare beneficia dei permessi ex lege 104/92 per la stesso minore disabile in situazione di gravità;
4. che l’altro genitore beneficia dei permessi giornalieri per la stessa persona disabile in situazione di gravità anche alternativamente con il sottoscritto/a;
5. di essere convivente con il genitore (medesima residenza);
6. che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito per assistere il medesimo minore disabile;
7. di aver già fruito di periodi di congedo straordinario retribuito per lo stesso minore disabile per un numero di mesi:

gg.\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

gg.\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 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 \_\_\_\_\_\_;
2. 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.

#  DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE *(art. 46\_DPR 445/2000)*

# Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

# ❒ le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità;

# ❒ è consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l’ha effettuata può subire una condanna penale e perdere gli eventuali benefici ottenuti con l’autocertificazione;

# ❒ il dipendente presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;

# ❒ il dipendente necessita delle agevolazioni per esigenze legate alla situazione di disabilità;

# ❒ il dipendente è consapevole che le agevolazioni sono strumento di assistenza al disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell’impegno - morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

# ❒ il dipendente è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l’amministrazione ed un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l’effettiva tutela del disabile;

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 SI AUTORIZZA🞎 NON SI AUTORIZZA 🞎

 Il DIRIGENTE SCOLASTICO

 Dott.ssa Flavia Mezzanotte

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