

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

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

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il
_____, C.F. _____, residente in
_____ (_____) Via _____ n. _____ in servizio
presso questa scuola in qualità di _____ con rapporto di lavoro a tempo
indeterminato determinato

CHIEDE

di usufruire del congedo biennale per assistere _____

dal _____ al _____

a tal fine dichiara:

- che l'ASL 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
_____, n. _____.

- di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata
 che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituto specializzati
 di essere convivente (2) con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopraindicato
 che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso portatore di handicap
 che i genitori della persona disabile in situazione di gravità sono entrambi deceduti o totalmente inabili (allegare certificazione)
 che la persona disabile in situazione di gravità non ha figli o non convive con alcuno di essi
 che la persona disabile in situazione di gravità non ha fratelli o non convive con alcuno di essi
 che gli altri parenti entro il terzo grado di parentela della persona disabile in situazione di gravità non convivono con essa
 di essere a conoscenza della rinuncia degli altri figli di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità con esso/a conviventi ad usufruire per lo stesso genitore del congedo straordinario retribuito negli stessi periodi da me richiesti
 che altri familiari hanno già usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per lo stesso soggetto disabile in situazione di gravità
 di aver già usufruito di congedi straordinari per lo stesso soggetto:
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.

Si allega:

- Copia originale o copia fotostatica autenticata del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente commissione medica, Legge 104/1992, operante presso l'ASL
 Autodichiarazione rilasciata dagli altri aventi diritto di non aver fruito del congedo ovvero attestante i periodi di congedo fruiti

_____ firma