

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "F. QUERINI"
Via Catalani, 9 - 30171 Venezia-Mestre (e Fax 041 984807
e-mail:VEIC846005@ISTRUZIONE.IT segreteria@icquerini.edu.it
sito web: www.icquerini.edu.it
e-mail posta certificata: VEIC846005@PEC.ISTRUZIONE.IT
C.F. 82011920277 - C.M.VEIC846005

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
FRANCESCO QUERINI
30171 VENEZIA-MESTRE

OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza soggetto con handicap in situazione di gravità.

__I__ sottoscritt__ _____ nat__ il _____
a _____ (Prov. ____) residente a _____ (Prov. ____),
Via/P.zza _____ n.____, in servizio presso codesta Istituzione
scolastica in qualità di _____, con rapporto di lavoro a Tempo Indeterminato Determinato

CHIEDE

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:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
 - genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
 - parente, affine o coniuge di una persona con disabilità (se figlio, deve essere autocertificato se esistono altri fratelli che coabitano con i genitori e, nell'ipotesi che esistano, che non abbiano richiesto di usufruire di tale beneficio);
- A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(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

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:

Cognome e Nome _____ Grado di parentela¹ _____

(data adozione/affido) _____ data e luogo di nascita _____

Residente a _____,(Prov. ____), Via/P.zza _____ n. _____

come risulta dalla certificazione che si allega.

- di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;
- che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.
- di essere **l'unico referente** a prestare assistenza al disabile in situazione di gravità e che nessun altro familiare beneficia del congedo in questione per lo stesso soggetto o dei permessi retribuiti di cui all'art. 33 co. 3 della Legge 104/1992;
- di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;
- di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

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. : _____

di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di 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

¹ Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento); Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc.).