

PROT. n.

DEL

AL DIRIGENTE SCOLASTICO I.C ROSMINI

Via Diaz, 44 - 20021 BOLLATE

(luogo) data

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

la sottoscritta _____ nata 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 e succ. modifiche, 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

-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 parentela 1 _____
(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.
- che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso soggetto portatore di handicap;
- di essere residente nel medesimo comune con il soggetto portatore di handicap;
- di voler fruire del congedo

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.

Data, _____

Firma _____

FIRMA _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott. SALVATORE BIONDO