

**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