**RICHIESTA CONGEDO BIENNALE PER ASSISTERE PERSONA DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA’ (*art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001)***

Il sottoscritto ………………………………………………………………….... 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 usufruire del congedo straordinario spettante al figlio di persone disabili in situazione di gravità nei seguenti periodi:

dal …………………………………………………. al ………………………………………………..

dal …………………………………………………. al ………………………………………………..

dal …………………………………………………. al ………………………………………………..

# 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 ………………………………………………………………………………..., n. …………. come risulta da documentazione che si allega.

* di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;
* che mio/mia madre/padre disabile in situazione di gravità non è ricoverato/a a tempo pieno;
* di essere convivente con mio/mia madre/padre disabile in situazione di gravità;
* che il coniuge di mio figlio/a disabile in situazione di gravità non svolge attività lavorativa o è lavoratore autonomo;
* che mio padre/madre disabile in situazione di gravità non è coniugata/o o non convive con il coniuge;
* che il coniuge convivente di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità non svolge attività lavorativa o è lavoratore autonomo;
* di essere a conoscenza della rinuncia del coniuge convivente di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità ad usufruire per lo stesso soggetto del congedo straordinario retribuito negli stessi periodi da me richiesti;
* che i genitori di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità sono entrambi deceduti o totalmente inabili (allegare certificazione);
* che l’unico genitore vivente di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità è totalmente inabile (allegare certificazione);
* che mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità non ha fratelli o non convive con alcuno di essi;
* che i/le fratelli/sorelle di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità con esso/a convivente non prestano attività lavorativa o sono lavoratori autonomi;
* di essere a conoscenza della rinuncia dei i/le fratelli/sorelle di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità con esso/a convivente ad usufruire per lo stesso soggetto del congedo straordinario retribuito negli stessi periodi da me richiesti;
* che mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità non ha altri figli o non convive con alcuno di essi;
* che gli altri figli di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità con esso conviventi non prestano attività lavorativa o sono lavoratori autonomi;
* 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 di mio/a padre/madre hanno già usufruito di n……………… giorni di congedo straordinario per lo stesso genitore disabile in situazione di gravità;
* di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:

dal …………………………………………………. al ………………………….………………….... gg. ………

dal ………………………………………………… al ……………………………………………….. gg. ………

dal ………………………………………………… al ……………………………………………….. gg. ………

dal ………………………………………………… al ……………………………………………….. gg. ………

dal ………………………………………………… al ……………………………………………….. gg. ………

dal ………………………………………………… al ……………………………………………….. gg. ………

* di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti “ per gravi e documentati motivi familiari” (art.4, comma 2, Legge n. 53//2000)

dal …………………………………………………. al ………………………….………………….... gg. ………

dal ………………………………………………… al ……………………………………………….. gg. ………

* di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

intero

dal ………………………………… al ………………………….…… per mesi…………. gg. …………

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. …………

dal ………………………………… al ………………………….…… per mesi…………. gg. …………

dal ………………………………… al ………………………….…… per mesi…………. gg. …………

dal ………………………………… al ………………………….…… per mesi…………. gg. …………

consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazione false dirette a procurare indebitamente le prestazione richieste.

Luogo e data ………………………………………..

Firma ……………………………………………………

**DATI E DICHIARAZIONE DI RINUNCIA AD USUFRUIRE DEL CONGEDO DA PARTE DI ALTRI SOGGETTI CONVIVENTI CON LA PERSONA DISABILE**

# Domanda di congedo straordinario per assistere il genitore disabile grave (art. 42, comma 5, D.Lgs 151/2001).

COGNOME ....................................................... NOME ............................................................................

CODICE FISCALE ………………………………………..……………………… NATO/A IL ……………………………………

A ………………………………………………………PROV. ………… STATO …………………………………………………….

RESIDENTE IN …………………………………………...……………………. PROV. ………… STATO ……………………..

VIA ………………………………………………………………………………………….………….N° …..…. CAP ………………

TELEFONO …………………………………………….... CELLULARE ……………………………………………………………

RAPPORTO DI PARENTELA CON IL DISABILE ………………………………………………………………………………..

**DICHIARA**

di rinunciare a godere del congedo straordinario in oggetto per il periodo:

dal ……………………… al ………………………, gg …….. dal ……………………… al ………………………, gg ……..

dal ……………………… al ………………………, gg …….. dal ……………………… al ………………………, gg ……..

dal ……………………… al ………………………, gg …….. dal ……………………… al ………………………, gg ……..

dal ……………………… al ………………………, gg …….. dal ……………………… al ………………………, gg ……..

dal ……………………… al ………………………, gg …….. dal ……………………… al ………………………, gg ……..

per il seguente motivo ……………………………………………………………………………………………………………….

**Luogo e data………………………………….**

Firma ………………………………………..

*Se la firma non è apposta in presenzadell’impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata*

*unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento*

**Dati del disabile:**

COGNOME .............................................................. NOME ........................................................................

CODICE FISCALE ………………………………………..…………………… NATO/A IL …………………………………………

A …………………………………………………………............................. PROV. ………… STATO …………………………

RESIDENTE IN ………………………………………………………………… PROV. ………… STATO ………………………..

VIA ……………………………………………………………..…………...………………………... N° …..…. CAP ………………..