Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "Leonardo Da Vinci"

di Ronchi dei Legionari

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

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a tempo indeterminato in servizio presso questo Istituto

# C H I E D O

ai sensi dell'art. 80 della legge 338 dd. 23/12/2000 di usufruire di **congedo biennale retribuito spettante al figlio/a di persone in stato di handicap in situazione di gravità** dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per assistenza al padre/madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_portatore di handicap grave che necessita di assistenza permanente, continuativa e globale, ai sensi della Legge 104/92.

Consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali nel caso di dichiarazioni false o fraudolente

DICHIARO:

 che mio padre/madre disabile in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno

* di essere convivente con mio/mia padre/madre disabile in situazione di gravità nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) piazza /via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* che mio padre/madre disabile in situazione di gravità non è coniugato/a, o non convive con il coniuge in quanto il coniuge è residente in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* che il coniuge convivente di mio/mia 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/mia 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/mia padre/madre disabile in situazione di gravità sono entrambi deceduti o totalmente inabili (allegare certificazione)
* che mio/mia padre/madre disabile in situazione di gravità non ha fratelli o non convive con alcuno di essi
* che i fratelli/sorelle di mio/mia 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 mio/mia padre/madre disabile in situazione di gravità con esso/a convivente ad usufruite per lo stesso soggetto del congedo straordinario retribuito negli stessi periodi da me richiesti
* che mio/mia padre/madre disabile in situazione di gravità non ha altri figli o non convive con alcuno di essi
* che gli altri figli di mio 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/mia 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/mia padre/madre hanno già usufruito di N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni di congedo

straordinario per lo stesso genitore disabile in situazione di gravità  di aver usufruito del congedo straordinario retribuito per assistenza a persona in situazione di handicap

* che periodo di congedo biennale per assistenza di persona in situazione di handicap rientra nel limite complessivo di due anni durante la propria vita lavorativa;
* che presto assistenza nei confronti di mio/mia padre/madre disabile in situazione di gravità in via continuativa;
* che sono consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare la propria opera di assistenza;
* che sono consapevole che la possibilità di usufruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;

MI IMPEGNO

a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

Il/la sottoscritto/a ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 autorizza l'amministrazione scolastica ad utilizzare i dati personali e sensibili dichiarati solo ai fini istituzionali per finalità strettamente connesse con l'esecuzione della Legge n. 104/1992.

Allega:

* copia fotostatica del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente commissione legge

104/92 operante presso l'AS;

* fotocopia documento d'identità e fotocopia del codice fiscale della sottoscritta e del padre/madre.

Data , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dati e dichiarazione del genitore disabile in situazione di gravità**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# D i c h i a r o

* di essere genitore del richiedente con il quale convivo e dal quale intendo essere assistito
* di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla competente Commissione

 (art. 4, comma I della legge n. 104/1992) di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di non essere ricoverato a tempo pieno
* che non presterò attività lavorativa nei periodi di congedo fruiti dal richiedente
* che è o non è coniugato/a, o non convive con il coniuge in quanto il coniuge è residente in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_