

**MODELLO DI DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE FAMILIARE  
DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'**  
(art. 42, comma 5 e ss. D.L.vo N.151/2001)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Del \_\_\_\_\_  
Di \_\_\_\_\_

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,  
C.F. \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in servizio presso questa scuola in qualità di  
\_\_\_\_\_ con rapporto di lavoro a Tempo \_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

di poter fruire del congedo biennale retribuito di cui all'art. 42, co 5 del D.lgs 151/2001, come modificato da sentenze della Corte Costituzionale n. 233 dell'08/06/2005 e n. 19 del 26/01/2009, in quanto:

- figlio/a di persona disabile
- coniuge
- fratello/sorella
- nuora/genero

**DICHIARA**

- che l'INPS 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 \_\_\_\_\_  
Data e Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
Via /P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ come risulta da documentazione allegata;
- di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;
- che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverata/o a tempo pieno presso istituto specializzato;
- che il proprio familiare portatore di handicap grave non è impegnato in attività lavorativa;
- di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopraindicato;
- di essere convivente con il/la proprio/a \_\_\_\_\_ nome e cognome \_\_\_\_\_ in situazione di disabilità grave;
- che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso soggetto portatore di handicap;
- che la persona disabile in situazione di gravità ha figli o non convive con alcuno di essi;

- ☛ che gli altri parenti entro il terzo grado di parentela della persona disabile in situazione di gravità non convivono con essa;
- ☛ che il proprio familiare portatore di handicap grave è stato accertato che non / è rivedibile in data \_\_\_\_\_ ;
- ☛ di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:

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 voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

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 art. 71,75 e 76 – T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, D.P.R. n.445 del 28/12/2000

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma)