

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO DI POPPI
PROF.SSA ALESSANDRA MUCCI

OGGETTO- RICHIESTA DI CONGEDO PER ASSISTENZA PERSONA CON HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ – ARTICOLO 42, COMMA 5, D.L.VO 151/2001.

VISTO l'art. 4, comma 2, della legge 8/03/2000 n. 53 che istituisce i congedi per eventi e cause particolari;

VISTO l'art. 42, comma 5, del D.L.vo 151/2001 che disciplina la fruizione del congedo sopra citato a favore dei dipendenti titolari dei benefici di cui all'art. 33, comma 3, della L. 104/1992 per l'assistenza a congiunti con handicap in situazione di gravità;

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a il _____
a _____ (____), in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità
di _____ con contratto di lavoro a tempo
indeterminato/determinato,

CHIEDE

di usufruire dal _____ al _____

di un periodo di congedo ex art. 42, comma 5, D.L.vo 151/2001, per l'assistenza al/alla
proprio/a _____ (genitore/figlio/coniuge/fratello/sorella)
_____ (nome e cognome) nato/a il
____/____/____ a _____ (____) in
quanto riconosciuto persona con handicap in situazione di gravità secondo le condizioni
previste dall'art. 3, comma 3, della L. 104/1992;

_____, _____
(luogo) (data)

In fede _____ (firma leggibile)

ALLEGATO 1- DICHIARAZIONI IN RELAZIONE ALLA RICHIESTA DI CONGEDO PER ASSISTENZA PERSONA CON HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ – ARTICOLO 42, COMMA 5, D.L.VO 151/2001 (L. 445/2000, art. 46).

Al fine di ottenere il riconoscimento del diritto al predetto beneficio, il/la sottoscritto/a _____,

consapevole delle sanzioni di legge previste in caso di dichiarazioni mendaci, compresa la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera, a conoscenza che per legge le seguenti dichiarazioni possono comportare un controllo da parte dell'Amministrazione,

DICHIARA

1) la certificazione della competente commissione medica dell'ASL, attestante che il proprio/a _____ (genitore/figlio/coniuge/fratello/sorella) _____ (nome e cognome) nato/a il ____/____/____ a _____ (_____) residente in _____ (_____) via _____ n. _____ è **“persona con handicap in situazione di gravità” secondo le condizioni previste dall'art. 3, comma 3, della L. 104/1992**, risulta agli atti della Scuola ;

2) il _____ (genitore/figlio/coniuge/fratello/sorella), come dichiarato al punto 1, , non risulta attualmente ricoverato/a presso una struttura di cura ed assistenza, e si impegna a comunicare ogni eventuale variazione in merito;

3) di essere **convivente** con il _____ (genitore/coniuge/fratello/sorella) e di mantenere la convivenza per tutto il periodo di congedo richiesto, presso l'abitazione in via _____ provincia di _____ CAP _____;

4) nessun altro eventuale avente diritto usufruisce, o ha fatto richiesta di usufruire, dal _____ al _____ del beneficio ex art. 42, comma 5 del D.L.vo 151/2001, né dei benefici ex art. 33, comma 3, della L. 104/1992;

5) di aver usufruito nell'intera vita lavorativa dei seguenti periodi di congedo ex art. 4, comma 2, della L. 53 del 08/03/2000 ed ex art. 42, comma 5, del D.L.vo 151/2001:

dal	al	anni	mesi	giorni	datore di lavoro
totale					

6) per l'assistenza al _____ (genitore/figlio/coniuge/fratello/ sorella) sono già stati fruiti, dagli altri aventi titolo a fianco indicati, i seguenti periodi di congedo ex art. 42, comma 5, della D.Lvo. 151/2001:

dal	al	anni	mesi	giorni	beneficiario
totale					

_____ / _____
 (luogo) (data)

In fede _____ (firma leggibile)

SI ALLEGANO:

A) Copia conforme all'originale del **certificato rilasciato dalla competente commissione medica legge 104/1992**, attestante che il _____ (genitore/figlio/coniuge/fratello/sorella) è "persona con handicap in situazione di gravità" secondo le condizioni previste dall'art. 3, comma 3, della L. 104/1992;

B) **Dichiarazione di altro eventuale avente diritto** di non fruire e di non aver fatto richiesta di fruire, nel periodo dal _____ al _____, del congedo ex art 42, comma 5, del D.L.vo. 151/2001, né dei permessi ex art 33, comma 3, della L. 104/1992, per l'assistenza a _____ nato/a il _____ a _____ (_____).

C) **Certificato di residenza** presso l'abitazione della persona assistita.

