

**Domanda di congedo straordinario**  
**per assistere fratello o sorella convivente disabile in situazione di gravità**  
*(art. 42, comma 5, D.L.vo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)*

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell'Istituzione scolastica

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

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_,  
in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_ con contratto a tempo  
 indeterminato     determinato,

**CHIEDE**

di usufruire del congedo straordinario spettante ai figli conviventi di persone disabili in situazione di gravità per i seguenti periodi:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

A tal fine il/la sottoscritto/a, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445,

**DICHIARA**

- Che il fratello / la sorella in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno (*qualora lo fosse, allegare dichiarazione della struttura sanitaria che attesti la necessità dell'assistenza da parte del familiare avente diritto al beneficio*)
- Di essere convivente con il fratello / la sorella disabile in situazione di gravità
- Che il fratello/sorella disabile in situazione di gravità:
  - non è coniugato/a o non convive con il coniuge
  - è coniugato/a, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante (*allegare documentazione*)
  - è vedovo/a (*allegare documentazione*)
  - è stato coniugato/a, ma il coniuge è deceduto (*allegare documentazione*)
  - è separato/a legalmente o divorziato (*allegare documentazione*)
  - è coniugato/a, ma in situazione di abbandono (*allegare documentazione*)

Dati del coniuge della persona disabile in situazione di gravità:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

- Che il padre di mio fratello/sorella disabile in situazione di gravità:
  - è affetto da patologia invalidante
  - è deceduto
  - ha abbandonato mio fratello/sorella
  - non ha riconosciuto mio fratello/sorella

Dati del padre della persona disabile in situazione di gravità:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Che la madre di mio fratello/sorella disabile in situazione di gravità:

- è affetta da patologia invalidante
- è deceduta
- ha abbandonato mio fratello/sorella
- non ha riconosciuto mio fratello/sorella

Dati della madre della persona disabile in situazione di gravità:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Che il fratello / la sorella disabile in situazione di gravità non ha figli con lei/lui conviventi

Che il fratello / la sorella disabile in situazione di gravità ha figli, ma questi affetti da patologia invalidante (*allegare documentazione*)

Dati dei figli conviventi con la persona disabile in situazione di gravità:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Che nessun altro familiare beneficia dei permessi ex legge 104/92 per la stessa persona disabile in situazione di gravità

Che altri familiari (diversi dal richiedente) hanno già usufruito di n. \_\_\_ giorni di congedo straordinario per la stessa persona disabile in situazione di gravità

Di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per il medesimo soggetto per i seguenti periodi:

- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Di aver già usufruito di congedi straordinario non retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari" (art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000) per i seguenti periodi:

- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna inoltre a comunicare al datore di lavoro qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### **Dati e dichiarazione del fratello / della sorella disabile**

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

DICHIARA (solo se maggiorenne)

- Di essere fratello/sorella del richiedente con il quale convive
- Di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla competente Commissione (art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992) di \_\_\_\_\_
- Di non essere ricoverato a tempo pieno (*qualora lo fosse, allegare dichiarazione della struttura sanitaria che attesti la necessità dell'assistenza da parte del familiare avente diritto al beneficio*)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Documentazione allegata**

- *Copia fotostatica autenticata del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente Commissione medica legge 104/1992 operante presso l'ASL*
- *Copia fotostatica del documento di identità*
- *Nei casi previsti, dichiarazione della struttura sanitaria presso la quale il disabile è ricoverato a tempo pieno attestante la necessità dell'assistenza da parte del familiare interessato a beneficiare dei giorni di congedo straordinario*
- *Nei casi previsti, certificato di decesso o certificazione di invalidità del coniuge o del/dei genitore/i o del/dei figli dell'assistito*