

**Domanda di congedo straordinario
per assistere genitore 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 padre / la madre disabile 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 padre / la madre disabile in situazione di gravità
- Che il padre / la madre disabile in situazione di gravità non è coniugato/a
- Che il padre / la madre disabile in situazione di gravità:
 - Non è coniugato/a o non convive con il coniuge
 - È vedovo/a
 - È coniugato/a, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante
 - È stato/a coniugato/a, ma il coniuge è deceduto
 - È separato/a legalmente o divorziato
 - È coniugato/a, ma in situazione di abbandono

Dati del coniuge della persona disabile in situazione di gravità:

cognome _____ nome _____

codice fiscale _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

- Che il padre del genitore in situazione di gravità:
 - È affetto da patologie invalidanti
 - È deceduto
 - Non ha riconosciuto la persona disabile in situazione di gravità

Dati del padre della persona disabile in situazione di gravità:

cognome _____ nome _____

codice fiscale _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____

- Che la madre del genitore in situazione di gravità:
- È affetta da patologie invalidanti
 - È deceduta
 - Non ha riconosciuto la persona disabile in situazione di gravità

Dati della madre della 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 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 _____
 - 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 genitore disabile

_____, sottoscritt _____ nat _____ a _____ il _____,

residente in _____ via _____ cap _____

telefono _____ cellulare _____ e-mail _____

DICHIARA

- Di essere genitore 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 dell'assistito*