

**Domanda di congedo straordinario**  
**per assistere il coniuge 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

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

\_\_I\_\_ 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 al coniuge di persone disabili in situazione di gravità per i seguenti periodi:

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

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 coniuge 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 coniuge disabile in situazione di gravità
- Che nessun altro familiare beneficia dei permessi ex legge 104/92 per la stessa persona disabile in situazione di gravità
- Che altri familiari del coniuge 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 \_\_\_\_\_
  - 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 \_\_\_\_\_
  - 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 coniuge disabile

\_\_\_I\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

- Di essere coniuge convivente del richiedente
- 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*
- *Eventualmente 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*