

# Domanda di congedo straordinario per assistere parente o affine entro il terzo grado disabile in situazione di gravità

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell'Istituzione scolastica

\_\_\_\_\_

\_\_/\_\_/\_\_ 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 di cui all'art. 42, comma 5, D.L.vo n. 151/2001, per assistere il  
Sig. \_\_\_\_\_ disabile in situazione di gravità accertata, parente o affine entro il terzo  
grado, nei 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 la persona da assistere 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 la persona da assistere
- Che i soggetti legittimati dalla legge alla fruizione del congedo (secondo il seguente ordine di priorità: il coniuge convivente, entrambi i genitori, i figli conviventi e i fratelli o sorelle conviventi) sono mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti (*indicare la situazione riferita alla domanda*)
- 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 straordinari 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 soggetto disabile

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

DICHIARA (*solo se maggiorenne*)

- Di essere \_\_\_\_\_ (indicare il grado di parentela/affinità) 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 dei genitore o dei figli o dei fratelli o sorelle dell'assistito*