

RICHIESTA DEL CONGEDO BIENNALE

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO OMNICOMPRESIVO
"SALVATORELLI - MONETA"
06055 MARSCIANO

Oggetto: Domanda congedo straordinario per assistere GENITORI, disabili in situazione di gravità (art. 42 comma 5 D.lvo n. 151/01, come convertito dall'art. 4 D.lvo n. 119/2011).

FIGLIO/A RICHIEDENTE

COGNOME NOME
CODICE FISCALE NATO A (.....)
IL RESIDENTE A
VIA N CAP
TELEFONO

Il/ la sottoscritto/a dipendente, con contratto a tempo determinato/indeterminato, CHIEDE di usufruire del congedo straordinario spettante ai figli conviventi di persone disabili in situazione di gravità e della relativa indennità.

SI PRECISANO I PERIODI DI CONGEDI RICHIESTI:

DAL ALGG.....
DAL ALGG.....
DAL ALGG.....
DAL ALGG.....

DATI RELATIVI ALLA PERSONA DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA':

Cognome nome C.F.
..... nato/a a(.....) il
..... residente a via n
..... CAP, in stato di handicap in condizione di gravità accertata dalla
Commissione medica (art. 4 comma 1 Legge 104/92) di

IL/LA RICHIEDENTE DICHIARA CHE:

- il genitore disabile in condizione di gravità è convivente;
- il genitore disabile in condizione di gravità non è ricoverato/a a tempo pieno;
- il genitore disabile in condizione di gravità è ricoverato a tempo pieno, ma con richiesta dei sanitari di presenza di persona per prestare assistenza (art. 42 comma 5 bis, D.Lvo. n. 151/01 modificato dal D.L.vo n. 119/2011);
- il coniuge del genitore disabile in condizione di gravità da assistere manca;
- il coniuge del genitore disabile in condizione di gravità da assistere è deceduto;
- Il coniuge del genitore disabile da assistere è affetto/a da patologia invalidante;
- di essere a conoscenza che altri familiari aventi titolo hanno già fruito di n. giorni di congedo straordinario per assistere il genitore disabile in situazione di gravità;
- di essere a conoscenza della rinuncia degli/delle altri/altre fratelli/sorelle conviventi a fruire del congedo straordinario negli stessi periodi richiesti dal sottoscritto/a;

di aver usufruito dei seguenti periodi di congedo straordinario **retribuito** per lo stesso soggetto:

dal al gg.
dal al gg.
dal al gg.
dal al gg.

di aver usufruito dei seguenti periodi di congedo straordinario **non retribuito** per lo stesso soggetto (art 4 legge 53/2000) :

dal al gg.
dal al gg.
dal al gg.
dal al gg.

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di essere consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste in caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste.

Data

Firma

L'assistito dichiara:

di essere genitore convivente del richiedente dal quale intendo essere assistito;

di essere in stato di Handicap in condizione di gravità accertata dalla commissione (art. 4 comma 1 Legge n. 104/92) di

di non essere ricoverato a tempo pieno;

di essere ricoverato a tempo pieno, ma con richiesta dei sanitari di presenza di persona per prestare assistenza (art. 42 comma 5 bis, D.Lvo. n. 151/01 modificato dal D.L.vo n. 119/2011);

non prestare attività lavorativa nei periodi di congedo fruiti dal richiedente.

Data

Firma

DICHIARAZIONE DEL FAMILIARE DEL DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA' CHE NON SA FIRMARE OVVERO SI TROVA IN UNA SITUAZIONE D'IMPEDIMENTO PER RAGIONI DI SALUTE

Il/la sottoscritto/a nato/a a il C.F. ho reso la sopra riportata dichiarazione in qualità di (precisare il grado di parentela) del disabile..... , che sa firmare ovvero si trova in una situazione d'impedimento per ragioni di salute.

Data

Firma del familiare

DICHIARAZIONE DEL CONIUGE

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

l sottoscritt _____

nat_ a _____ (prov _____) il _____

coniuge di _____

nat_ a _____ (prov _____) il _____

DICHIARA

- a) Di non poter assistere il coniuge in quanto affetto da patologia invalidante;
- b) Che non ha mai usufruito del congedo biennale per assistenza a persona in situazione di handicap;
- c) Di non prestare attività lavorativa.

Data

Firma

ALLEGATI:
Certificato medico