

RICHIESTA DEL CONGEDO BIENNALE

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
SCUOLA SEC. DI I° GRADO
"BRUNONE MONETA"
06055 MARSCIANO

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

GENITORE O AFFIDATARIO 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 genitori o affidatari di persone disabili in situazione di gravità e della relativa indennità.

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

SI PRECISANO I PERIODI DI CONGEDI RICHIESTI:

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

SI DICHIARA CHE:

Mio/a figlio/a disabile in condizione di gravità non è ricoverato/a tempo pieno;
Mio figlio/a non è coniugato/a;
Mio figlio/a no è convivente con il coniuge;
Il coniuge di mio/a figlio/a è deceduto/a;
Il coniuge di mio/a figlio/a 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 mio/a figlio/a disabile in situazione di gravità;
di essere a conoscenza della rinuncia del/della padre/madre di mio/a figlio/a 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

DATI RELATIVI ALLA PERSONA DISABILE:

L'assistito dichiara (solo se maggiorenne):

di essere figlio o affidato 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