

RICHIESTA DEL CONGEDO BIENNALE

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

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

FRATELLO O SORELLA 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 a fratelli o sorelle 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 fratello/sorella disabile in condizione di gravità non è ricoverato/a a tempo pieno;
il fratello/sorella 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);
Mio/a fratello/sorella non è coniugato/a;
il coniuge di mio/a fratello/sorella è deceduto;
Il coniuge di mio/a fratello/sorella è affetto/a da patologia invalidante;
il coniuge di mio/a fratello/sorella non è convivente;
nostro padre: o è deceduto , o manca, o è affetto da patologia invalidante;
nostra madre: o è deceduta , o manca, o è affetta da patologia invalidante;
i figli di mio/a fratello/sorella: o non sono conviventi, o mancano, o sono deceduti o sono affetti 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 fratello/sorella 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.

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

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 (solo se maggiorenne):

di essere fratello/sorella 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