

**OGGETTO: RICHIESTA DI CONGEDO BIENNALE PER ASSISTENZA PERSONA IN SITUAZIONE DI HANDICAP**

\_ I \_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_ il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov . (\_\_\_\_) in servizio presso  
codesta Istituzione Scolastica , in qualità di \_\_\_\_\_ con contratto  
di lavoro a tempo indeterminato

**COMUNICA**

che il \_\_\_\_\_ (parentela \_\_\_\_\_) nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ è portatore di handicap grave che necessita di assistenza permanente,  
continuativa e globale, ai sensi della legge n° 104/1992 art. 3 comma 3.

Consapevole delle sanzioni di legge per le dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

di avere titolo a fruire del congedo in quanto:

- coniuge convivente** della persona gravemente disabile (in via prioritaria);
- genitore naturali o adottivo e affidatari** del portatore di handicap grave, nel caso in cui si verifici una delle seguenti condizioni (mancanza, decesso o presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente);
- figlio convivente del soggetto disabile grave** in caso di decesso, mancanza o presenza di patologie invalidanti del padre/madre, anche adottivi;
- fratello o sorella del soggetto disabile grave** in caso di decesso, mancanza o presenza di patologie invalidanti dei figli conviventi;
- che in precedenza non ha fruito del congedo ovvero di aver fruito dei seguenti periodi nell'ambito dello stesso o di altro precedente rapporto di lavoro:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;
- che la persona disabile da assistere non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
- che la persona disabile da assistere è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati ma i sanitari richiedono la presenza del soggetto che presta assistenza;

- che nessun familiare della persona disabile usufruisce del congedo in oggetto (tranne in caso di figlio disabile);

**CHIEDE**

pertanto, ai sensi dell'art. 80 della legge n° 338 del 23/12/2000 e dell'art. 42 commi da 5 a 5-quinquies del d.lgs 151/2001, di usufruire di un periodo di congedo

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

*Si allega:*

- *Copia fotostatica autenticata del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente A.S.L. ai sensi dell'art. 3, commi 3 legge n. 104/1992, mediante le commissioni mediche di cui all'art. 1 della legge n. 295/1990 .*

Firma \_\_\_\_\_

Piedimonte S. Germano, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

<b>PROT. (timbro)</b>	Il Dirigente Scolastico
	_____
	<b>VISTO</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

DICHIARAZIONE DI EFFETTIVA CONVIVENZA ANAGRAFICA CON  
L'HANDICAPPATO

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

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

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
qualifica \_\_\_\_\_ avendo chiesto di beneficiare dell' art. 33  
della legge 104/1992

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

ai sensi della legge n. 15/1968, di essere effettivamente convivente con \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (specificare la relazione di parentela o affinità)  
\_\_\_\_\_ unitamente al quale abita nel Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ e che la  
descritta situazione risulta agli atti dell' anagrafe del Comune, avendo il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ adempiuto alle  
prescrizioni dell' art. 13 del DPR n° 223/89

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

Firma

\_\_\_\_\_