Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_

del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo di MEDESANO

**Oggetto: Richiesta di congedo straordinario retribuito per assistenza a familiare disabile (L. 104)**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dipendente di codesta Amministrazione con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso Istituto Comprensivo di Medesano,

chiede

ai sensi dell’art. 42 comma 5 del D.L. 151 del 26/03/2001, di fruire di n° \_\_\_ giorni di congedo straordinario retribuito dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per assistere il sotto indicato familiare:

* FIGLIO/A (anche se non convivente)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* CONIUGE CONVIVENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* GENITORE CONVIVENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* FRATELLO CONVIVENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* PARENTE O AFFINE ENTRO IL 3° GRADO CONVIVENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

A tal fine, consapevole, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R n° 445 del 28/12/2000, delle responsabilità amministrative civili e penali previste per dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste,

dichiara

* che il familiare da assistere è stato riconosciuto in condizione di disabilità grave, ai sensi dell’art. 3 comma 3 della Legge n° 104/1992, come da documentazione allegata (che può essere prodotta dall’interessato anche in forma di dichiarazione sostitutiva, ai sensi del D.P.R. n° 445/2000);
* di essere convivente – ovvero di avere la medesima residenza anagrafica e di coabitare con il familiare da assistere a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (il requisito non è richiesto qualora l’istanza sia prodotta dal genitore del disabile);
* che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito, né dei permessi di cui all’art. 33 della legge n° 104/1992, per assistere il medesimo soggetto (il requisito non è richiesto qualora l’istanza sia prodotta dal genitore del disabile);
* in caso di istanza prodotta dal genitore del disabile, che negli stessi giorni l’altro genitore non fruisce dei benefici di cui all’art. 33 commi 2 e 3 della Legge n° 104/1992 e 33 comma 1 del D.L. n° 151/2001 (permessi e prolungamento del congedo parentale);
* che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno;
* che la struttura sanitaria presso la quale il disabile è ricoverato a tempo pieno ha richiesto espressamente la presenza del familiare che presta assistenza, come da documentazione allegata;
* che non vi sono altri familiari legittimati a fruire, in via prioritaria, del congedo in questione, nell’ordine indicato dalla legge, come da documentazione allegata (che può essere prodotta dall’interessato anche in forma di dichiarazione sostitutiva, ai sensi del D.P.R. n° 445/2000);
* di aver già fruito, nell’arco della propria vita lavorativa, per assistere il medesimo o altri familiari disabili, di periodi di congedo straordinario retribuito per un numero di giorni pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che per assistere la stessa persona in condizione di disabilità grave altri familiari hanno già fruito del predetto congedo per un numero di giorni pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di aver già fruito, nell’arco della propria vita lavorativa, di periodi di congedo straordinario non retribuito “per gravi e documentati motivi familiari” (L. 53 del 08/03/2000 art. 4 comma 2 per un numero di giorni pari a \_\_\_\_\_\_\_;
* di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione di notizia o situazione dichiarata nel presente modulo.

Si allega copia del documento di identità del dichiarante e dell’assistito, copia del certificato di residenza dell’assistito e copia del documento attestante la disabilità rilasciato dall’AUSL/INPS di competenza.

Luogo e data

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

Firma

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