MODELLO DI DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE IL GENITORE / PARENTE DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'

(art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001)

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Statale Alezio (LE)

OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap

Il/La	a sottoscritto/a	nato/a il	a				
C.F	, res	idente in		()			
Via_	n	in servizio pres	so questa scuola	in qualità di			
	con rapporto a	tempo [indetermin	ato <u>letemina</u>	to			
	CF	HEDE		•			
	sufruire del congedo biennale retribuito d ificato da sentenze della Corte Costituziona ito:						
	Genitore della persona disabile di età info Genitore della persona disabile di età sup Parente, affine o coniuge di una persona se esistono altri fratelli che coabitano o abbiano richiesto di usufruire di tale bene	periore a tre anni a con disabilità (se f con i genitori e, nel					
delle	l fine ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445 d pene stabilite dalla legge per false attestaz onsabilità						
1	•	HIARA					
				• •			
	~~~~						
	riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992) di:						
	Grado di parentela (1) (data adozione/affido)						
	Data e Luogo di nascita			NAME			
	Residente a		(1	Prov.			
	Via						
	da documentazione che si allega.			_			
	1	lusiva alla persona s	opra indicata				
	che la persona per la quale viene richie presso istituto specializzati	•	•	tempo pieno			
	11	rtatore di handican a	ıll'indirizzo sopra	indicato			
_	1. 6 111 1 6 1 1 1	-	_				
		n situazione di grav	•	•			
- 🗖		•	non convive con a	alcuno di essi			
0	1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1, 1	•					
	che gli altri parenti entro il terzo grado	di parentela della po	ersona disabile ir	ı situazione di			
o	gravità non convivono con essa di essere a conoscenza della rinuncia situazione di gravità con esso/a convive		-				

etraardinaria ratribuita naali etaeni nariadi da ma riahiacti

sto						
ezio,	/	 Firma				
allega	Copia fotostatica autentic 104/1992, operante pressi Certificato di nascita del	o l'ASL familiare o autocer	tificazione	ciato dalla competente commissione		
hiara	zione non veritiera	ade dai benefici ev	ventunlmente conseguiti, a	i seguito del provvedimento emana	to sulla base d	
	comunicato/autoce amministrazioni po degli artt. 71, 75 e documentazione an	rtificato con ossono effettu e 76 del TU c nministrativa,	la presente are i controlli sull lelle disposizioni le DPR N. 445 DEL 2		ole che zioni ai se in materia	
	dal	·	al	per mesi:	gg.:	
	dal		al	per mesi:	gg.:	
	dal		aı	per mesi:		
			al	per mesi:		
	frazionato dal		al	per mesi:		
			- Intervention	k		
				per mesi:	gg.:	
	dal			per mesi:	gg.:	
	dal		al	per mesi:		
	intero dal		aiai	per mesi: per mesi:		
	□			,		
	di voler fruire del c	ongedo secono	do le seguenti moda	ılità:		
	dal	al	gg			
	dal	al	gg.			
	di aver già usufruit familiari" (art.4, co			ribuiti " per gravi e docur	nentati mo	
		TOT	ΓALE gg.			
	dal	al	gg			
	dal	al	gg			
	dal	al	gg			
	dal	al	gg			
	dal		gg			
	dal	al	gg gg			
	dal	CCI				

⁽¹⁾ Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento); Parente o affine entro il 3° grado (specificare

se: padre, nuora, ecc)

(2) Per convivenza si deve intendere solo la comune residenza, luogo in cui la persona ha la dimora abituale (Messaggio INPS N, 19583/02/09/2009)