



UNIONE EUROPEA

FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia
scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



United Nations
Educational, Scientific and
Cultural Organization



Istituto Comprensivo Anzio III
Member of UNESCO
Associated Schools



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO ANZIO III**

Via Machiavelli 10/b tel.06/9873212 - Fax 06/9873540 – rmic8c700e@istruzione.it
00040 Lavinio di ANZIO - ROMA
C.M. RMIC8C700E C.F. 90000150582

Data di arrivo _____

n. diprotocollo _____

Tit _____ class. _____

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Anzio III**

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

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____,

C.F. _____, residente in _____ (____)

Via _____ n. _____ in servizio presso questa scuola in qualità
di _____ con rapporto a tempo ☐ determinato ☐ in determinato

CHIEDE

di usufruire del congedo biennale retribuito di cui all'art. 42, co 5, del D.lgs 151/2001, come modificato da sentenze della Corte Costituzionale n. 233 dell'08/06/2005 e n.19 del 26/01/2009

A tal fine ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

- ☐ Che l'ASL di _____ nella seduta del ____/____/____ ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992) di:
Cognome e Nome _____
Grado di parentela _____ (1) (data adozione/affido) _____
Data e Luogo dinascita _____
Residente a _____ (Prov. _____) Via _____, n. _____ come risulta da documentazione che si allega.
- ☐ Di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata
- ☐ Che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituto specializzati
- ☐ Di essere convivente (2) con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato
- ☐ Che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso portatore di handicap
- ☐ Che non vi sono parenti ed affini entro il 3° grado non lavoratori che possono fornire assistenza alla persona sopra indicata
- ☐ Che altri familiari hanno già usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per lo stesso disabile in situazione di gravità
- ☐ Di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:

dal _____ al _____ gg. _____
dal _____ al _____ gg. _____
dal _____ al _____ gg. _____
dal _____ al _____ gg. _____

- ☐ Di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

dal _____ al _____ per mesi _____ gg _____
dal _____ al _____ per mesi _____ gg _____
dal _____ al _____ per mesi _____ gg _____
dal _____ al _____ per mesi _____ gg _____

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

- (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) Il concetto di "convivenza", pertanto, non viene più ricondotto alla coabitazione, ma a tutte quelle situazioni in cui, sia il disabile che il soggetto che lo assiste hanno la residenza nello stesso Comune, allo stesso indirizzo: stesso numero civico anche se in interni (appartamenti) diversi.

Si allega:

- ✓ Copia foto statica autenticata del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente commissione medica, Legge 104/1992, operante presso l'ASL
- ✓ Certificato di nascita del familiare o autocertificazione
- ✓ Autodichiarazione rilasciata dagli altri aventi diritto di non aver fruito del congedo ovvero attestante i periodi di congedo fruiti

Il/La Dichiarante

Data, _____

Ai sensi dell'art.38 (L. R.) del T.U. delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa, dichiara di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75e 76 del TU delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, DPR N.445 DEL 28/12/2000

L'incaricato

Qualifica e firma per esteso

Data, _____

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione prodotta (fotocopia autentica)

- ☐ Si autorizza
- ☐ Non si autorizza

La fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni

Data, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Renata COPPOLA