

OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza a persona in situazione di handicap grave ai sensi art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001(ex L. 53/2000, art.4).

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____, C.F. _____, residente in _____ (___)

Via _____ n. _____ in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di

- a tempo indeterminato
 a tempo determinato

CHIEDE

di usufruire per il periodo dal _____ al _____

del congedo biennale per l'assistenza a persona in situazione di handicap grave ai sensi dell'art. 42, comma 5 del D.L.vo N. 151/2001 (ex L. 53/2000, art. 4), per il proprio familiare:

cognome e nome _____

nato a _____ **il** _____

grado di parentela _____

residente a _____ **via** _____

per il quale la Commissione medica della ASL di _____ nella seduta del _____ ha riconosciuto la gravità dell'handicap ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/1992

(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETA')

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, ai sensi degli artt. 46 e 47(R) del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa),

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità

- di essere convivente** con il familiare disabile sopraindicato;
*** il requisito della convivenza può ritenersi soddisfatto quando colui che presta assistenza e il disabile assistito hanno la medesima residenza anagrafica ovvero, in caso contrario, quando uno dei due soggetti abbia fissato la propria dimora temporanea presso la residenza dell'altro e quindi risulti iscritto, ai sensi dell'art. 32 del D.P.R. n. 223 del 30/5/1989, nello schedario della popolazione temporanea del comune oppure nel caso in cui la dimora abituale del dipendente e dell'assistito abbiano sede nello stesso stabile ma non nello stesso interno.*
- che il familiare disabile in situazione di gravità sopraindicato non è ricoverato presso una struttura ospedaliera o sanitaria, pubblica o privata;
- di non aver fruito in precedenza del congedo biennale ai sensi art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001 (ex L. 53/2000, art. 4);

di aver già usufruito del congedo biennale ai sensi art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001 (ex. L: 53/2000, art. 4) nei seguenti periodi:

dal _____ al _____ per complessivi _____

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, 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

di essere attualmente l'unico familiare che assiste il disabile in situazione di gravità sopraindicato;

DICHIARAZIONE ALTRI COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE

Il/La sottoscritt _____ nat__

a _____ prov. (____) il _____

Il/La sottoscritt _____ nat__

a _____ prov. (____) il _____

Il/La sottoscritt _____ nat__

a _____ prov. (____) il _____

Il/La sottoscritt _____ nat__

a _____ prov. (____) il _____

dichiarano sotto la propria responsabilità

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi: _____

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Firme _____

data _____

firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 46_DPR 445/2000)

(barrare caselle)

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

- le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità;
- è consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e perdere gli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione;
- il dipendente presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- il dipendente necessita delle agevolazioni per esigenze legate alla situazione di disabilità;
- il dipendente è consapevole che le agevolazioni sono strumento di assistenza al disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- il dipendente è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- il dipendente si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione, della situazione di fatto e di diritto, da cui consegue la perdita delle agevolazioni.

Carpignano Sesia, _____

Firma _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- Verbale commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'Handicap
- Documentazione rilasciata dal Comune relativa alla dimora temporanea;
- Composizione stato di famiglia
- Documenti d'identità
- Altra documentazione:

Parte riservata all'ufficio

VISTI l'istanza dell'interessato, gli atti d'Ufficio e le esigenze di servizio:

si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

non si concede