

**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 \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi \_\_\_\_\_

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

(Prof.ssa Silvana Romeo)