

Allegato 3

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. "C. ALVARO" PETRONÀ

Oggetto: Richiesta congedo straordinario per assistenza persona in situazione di handicap grave

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via _____
C.F. _____, in servizio presso codesta Istituzione scolastica,
qualifica _____ tempo determinato/indeterminato,
CHIEDE

alla S.V. di poter fruire, ai sensi della Sentenza della Corte Costituzionale n. 19/2009, del congedo straordinario spettante al convivente di persona in condizione di disabilità grave, accertato ai sensi dell'art.4, comma 1, della Legge 104/92 e della relativa indennità in base all'art.42 comma 5 del D.lgs. 151/2001 per il seguente periodo:

dal _____ al _____ tot gg. _____

per assistere con sistematicità e adeguatezza il disabile sotto indicato:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ e residente a _____

in via _____

A TAL FINE DICHIARA

- Di essere unico/a referente che può prestare assistenza a carattere continuativo, globale e permanente al disabile in situazione di gravità;
- Di essere convivente con il soggetto in situazione di disabilità grave;
- Che il portatore di handicap è stato accertato ai sensi dell'art. 4, comma 1, della Legge 104/92 dall'ASL _____ in data _____ Rivedibile: SI - NO;
- Che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
- Che il soggetto in situazione di disabilità grave non è impegnato in attività lavorativa;
- Che nel periodo di congedo nessun familiare usufruirà dei permessi orari e giornalieri per assistere il familiare con disabilità (art.33 L.104/92 e art.42 D.lgs.151/01);
- Che non ci sono altri soggetti in grado di prendersi cura del familiare disabile;
- Che oltre al sottoscritto convivono con il soggetto in situazione di disabilità grave altri parenti, che non hanno mai usufruito di congedo straordinario per lo stesso familiare in condizione di disabilità grave e ad oggi sono impossibilitati ad assistere il soggetto disabile.

DICHIARA INOLTRE

Di aver già fruito, in tutta la vita lavorativa, di analogo congedo straordinario retribuito (24 mesi) per lo stesso familiare:

dal _____ al _____ tot gg. _____.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

Il/La sottoscritto/a è inoltre consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Dichiara inoltre che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e che è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni mendaci (art.495 c.p. e artt. 75 e 76 DPR 445/2000).

_____ li _____

Firma

Allegati:

- Copia del verbale dell'apposita Commissione Medica di cui all'art.4, comma 1, L.104/92 integrata ai sensi dell'art.20, comma 1, del D.L. 78/2009 convertito nella legge n.102/2009 attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92 in capo al soggetto che necessita di assistenza;
- Copia documento di riconoscimento del soggetto disabile.