

Mod./18bis

# CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTENZA FAMILIARI CON HANDICAP GRAVE

## Data

Al Dirigente Scolastico

I.C. VIA PACE - LIMBIATE

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata/o a\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in \_in servizio presso Tel

C H I E D E

In qualità di:

󠇯 **coniuge con vivente della** persona **con handicap grave,**

oppure in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente, 󠇯padre o **madre naturale** o **adottino/a,** anche se non convivente con il figlio,

oppure in caso di decesso, mancanza o in presenza di patologie invalidanti del padre e della madre, anche adottivi, 󠇯**figlio convivente,**

oppure in caso **di mancanza,** decesso o in presenza di patologie invalidanti dei figli conviventi 󠇯fratelli o sorelle **conviventi,**

oppure in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti dei fratelli/sorelle conviventi 󠇯**parenti/ affini entro il terzo grado conviventi,**

di fruire del congedo straordinario spettante per la persona in condizione di handicap **grave,** accertato ai **sensi** dell'art. 4, comma 1, della Iegge n. 104/1992 e della relativa indennità in base all’art.42 comma 5 del D. Lgs. 151/2001 per i seguenti periodi:

dal al dal al per assistere il disabile sotto indicato:

tot gg. tot gg.

Cognome Nome nata/o a il residente a in A TAL FINE DICHIARA

* di essere convivente con il coniuge - con il genitore - con il fratello/sorella in condizione di disabilità grave (la convivenza non è richiesta per l'assistenza verso i figli da parte del padre e della madre)
* che il portatore di handicap grave, è stato accertato ai sensi dell'art. 4 comma 1, della Legge 104/1992 dalla Asl di in data Rivedibile: SI NO
* che non è ricoverato a tempo pieno

che non è impegnato in attività lavorativa

che nel periodo di congedo nessun familiare usufruirà dei permessi orari e giornalieri previsti da11'art. 33 della L. 104/92 — Unica eccezione per il padre e la madre verso i figli per i quali si dichiara che l'altro genitore fruirà non usufruirà dei permessi nello stesso mese, seppur non negli stessi giorni;

di aver già fruito, in tutta la vita lavorativa, di congedi straordinari con indennizzo e non retribuiti (art 4, comma 2. L.53/2000) sia per il presente familiare disabile, che per altri familiari o per altri gravi motivi personali (max 2 anni per lavoratore) per i seguenti periodi:

dal al tot. gg

dal al tot. gg

dal al tot. gg

dal al tot. gg

dal al tot. gg

dal al tot. gg

dal al tot. gg

dal al tot. gg

dal al tot. gg

dal al tot. gg

dal al tot. gg

dal al tot. gg

dal al tot. gg

dal al tot. gg

DICHIARA INOLTRE

che non sono stati usufruiti, da altri aventi diritto, giorni di congedo straordinario con o senza indennizzo per to stesso familiare disabile (max 2 anni per disabile);

## che sono stati fruiti, da altri familiari aventi diritto, (indicare cognome, nome, data di nascita, tipologia di parentela con il disabile, luogo di lavoro) di congedi straordinari con indennizzo o senza retribuzione (art 4, comma 2. L.53/2000) per lo stesso soggetto:

dal al tot. gg dal al tot. gg

La/i1 sottoscritta/o si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate come il ricovero a tempo pieno del portatore di handicap, la revisione del giudizio di gravità del1'handicap da parte della Commissione ASL, etc...

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 del DPR 445/2000).

La/i1 dipendente

Visto del Dirigente responsabile la struttura di assegnazione (Timbro e firma leggibile)

ALLEGATI

Certificato rilasciato dalla commissione ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai

# sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92

(in originale o copia autenticata se non è già in possesso di questa Amministrazione)

*INFORMA TIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art.13 D. Lgs. 196/2003)*

*I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.*

*I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, ne saranno oggetto di diffusione.*