

RICHIESTA DEL CONGEDO BIENNALE

AI SENSI DELLA SENTENZA CORTE COSTITUZIONALE N. 19 DEL 26/01/2009 - CIRCOL. INPS 16/03/2009 N. 41-NOTA INPS N. 19583 DEL 02/09/2009 - CIRCOL. MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI 18/02/2010, PROT. N. 3884-MESSAGGIO INPS 04/03/2010 N. 6512

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Oggetto: richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap (genitore)

Il sottoscritto _____ nat. a _____
_____ prov. () il ___/___/___ in servizio presso codesta Istituzione
Scolastica, in qualità di _____ con contratto di lavoro a tempo indeterminato

COMUNICA

Che il/la proprio/a (padre/madre): _____, cognome e nome _____
nato/a a _____ () il _____ è portatore di handicap grave, accertato ai sensi
dell'art. 4, comma 3, della legge n. 104/1992, il giorno _____ dalla Commissione ASL N. ___ di _____
necessita di assistenza permanente, continuativa e globale;

CHIEDE

Di poter usufruire del congedo spettante per la persona in condizione di handicap grave, con pagamento della relativa indennità (art. 42 comma 5 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003), nei seguenti periodi:

dal _____ al _____ (tot. _____); dal _____ al _____ (tot. _____);
dal _____ al _____ (tot. _____); dal _____ al _____ (tot. _____);

DICHIARA

Che in precedenza non ha fruito del congedo ovvero di aver fruito dei seguenti periodi nell'ambito dello stesso o di altro precedente rapporto di lavoro:
dal _____ al _____ (tot. _____); dal _____ al _____ (tot. _____);
dal _____ al _____ (tot. _____); dal _____ al _____ (tot. _____);

Che il coniuge del genitore è impossibilitato a provvedere all'assistenza per i seguenti motivi:

Allega dichiarazione di responsabilità autenticata, rilasciata dal coniuge del genitore, che attesta le ragioni oggettive dell'impossibilità a prestare assistenza, con relativo documento di riconoscimento;

Che non ci sono altri familiari conviventi in grado di prestare assistenza alla persona in condizione di disabilità grave;

Di essere **figlio/a unico/a - l'unico/a figlio/a** (allega dichiarazioni di impossibilità altri componenti familiari) in grado di prestare assistenza alla persona in condizione di disabilità grave;

Di essere convivente con la persona in condizione di disabilità grave;

Che la persona in condizione di disabilità grave non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.

Il/la sottoscritt _____ è consapevole delle responsabilità civili e penali in caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste.

Allega:

Copia certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente commissione medica legge 104/1992 operante presso l'ASL;

Copia/e certificato/i residenza;

Firma

VISTO: IL DIRIGENTE SCOLASTICO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

DA PRODURRE AGLI ORGANI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI.

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ () il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'Art. 76 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(Luogo e Data)

IL DICHIARANTE

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.