



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
"E. Ruffini - D. Aicardi"
CONVITTO ANNESSO

C.F.: 90051650084 – P.IVA: 00169380086

I.P.S.S.A.R. - Via Lungomare 141 – 18018 TAGGIA (IM)

☎ 0184/461082 – 📠 0184/461083 ✉ IMIS00400L@istruzione.it – pec: IMIS00400L@pec.istruzione.it

I.P.S.A.A. "D.AICARDI" – Strada Maccagnan, 37 – 18038 SANREMO - ☎ 0184/502326 📠 0184/507285

✉ istaicardi@tin.it - 🌐 www.ist-aicardi.it

I.P.S.C. – I.T.T. – Corso Cavallotti, 92 - 18038 SANREMO - ☎ 0184/541148

✉ ipsstaicardi@tiscali.it

Al Dirigente Scolastico
I.I.S. Ruffini - Aicardi
Arma di Taggia IM

OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza soggetto con handicap in situazione di gravità

__I__ sottoscritt__ _____ nat__ il _____
a _____ (Prov. _____) residente a _____ (Prov._____),
Via/P.zza _____ n._____, in servizio presso codesta Istituzione
scolastica in qualità di _____, con rapporto di lavoro a Tempo _ Indeterminato _
Determinato

CHIEDE

di usufruire del congedo biennale retribuito di cui ad art. 42, c. 5, D. Lgs n. 151/2001, come modificato da
sentenze Corte Costituzionale n. 233/08.06.2005, n. 19 /26.01.2009 e n. 203/18.07.2013 , nel periodo dal
_____ al _____ in quanto:

- Coniuge di una persona con disabilità;
- Genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- Genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- Figlio/figlia convivente di una persona con disabilità (se figlio, deve essere autocertificato se esistono altri fratelli che coabitano con i genitori e, nell'ipotesi che esistano, che non abbiano richiesto di usufruire di tale beneficio);
- Fratello/sorella convivente di una persona con disabilità ;
- Parente/affine entro il terzo grado convivente di una persona con disabilità ;

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione
amministrativa – D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

- **Che l'ASL di _____, nella seduta del ____/____/_____,
ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:
Cognome e Nome _____ Grado di parentela _____
Residente a _____, (Prov. _____), Via/P.zza _____,
n. _____ come risulta dall'autocertificazione che si allega.**

- **di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;**

- **di avere il seguente rapporto di parentela/affinità con il sopra citato: _____;**

- che il sig. _____ disabile in situazione di gravità non è
ricoverato a tempo pieno ovvero che la presenza del familiare sia richiesta dalla struttura sanitaria (allegare
l'eventuale richiesta)

- che sig. _____ disabile in situazione di gravità non svolge
attività lavorativa

- di essere l'unico figlio/a convivente con il sig. _____ disabile in
situazione di gravità (stesso numero civico anche se in interni diversi)

- che l'altro figlio/gli altri figli del sig. _____ disabile in
situazione di gravità è/sono affetto/i da patologia/e invalidante/i (allegare idonea documentazione sanitaria che
attesti la/e patologia/e invalidante/i)

- che l'altro figlio/gli altri figli convivente/i del sig. _____ disabile
in situazione di gravità è/sono mancante/i ovvero ha/hanno rinunciato a prestare assistenza (allegare rinuncia
degli altri figli con firma in originale e data coincidente con quella della presente domanda)

- che il sig. _____ disabile in situazione di gravità non è
coniugato/a o non convive con il coniuge

- che il coniuge convivente del sig. _____ disabile in situazione
di gravità è deceduto, mancante ovvero affetto da patologie invalidanti (allegare certificato di morte ovvero idonea
documentazione sanitaria che attesti la/e patologia/e invalidante/i)

- che i genitori del sig. _____ disabile in situazione di gravità
sono entrambi mancanti, deceduti ovvero affetti da patologie invalidanti (allegare certificato di morte ovvero idonea
documentazione sanitaria che attesti la/e patologia/e invalidante/i)

o che l'unico genitore vivente del sig. _____ disabile in situazione di gravità è mancante ovvero affetto da patologie invalidanti (allegare certificato di morte ovvero idonea documentazione sanitaria che attesti la/e patologia/ e invalidante/i)

o che altri familiari del sig. _____ hanno già usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per lo stesso

O di aver personalmente già usufruito di congedo biennale retribuito per lo stesso soggetto

dal _____ al _____

dal _____ al _____

presso l'Ente _____

o di aver personalmente già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto

dal _____ al _____

dal _____ al _____

presso l'Ente _____

via _____ n. _____ Città _____

o di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari" (art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000)

dal _____ al _____

dal _____ al _____

presso l'Ente _____

via _____ n. _____ Città _____

- o 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 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste

Data _____

Firma _____

Dati e dichiarazione del sig. _____

disabile in situazione di gravità

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____

Nato il _____ a _____

residente a _____ Via/P.zza _____
n. _____,

Dichiaro (in caso di soggetto maggiorenne)

di essere _____ (indicare il grado di parentela) del richiedente con il quale convivo e dal quale intendo essere assistito

di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla competente Commissione (art. 4, comma 1, della legge n.104/1992) di _____

di non essere ricoverato a tempo pieno

che non presterò attività lavorativa nei periodi di congedo fruiti dal richiedente

firma _____ data _____

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento

Documentazione allegata (da non presentare se già allegata a precedenti domande di permessi ex lege 104/92)

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione attestante lo stato di handicap in situazione di gravità
- Copia del decreto di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno.
- Altro (indicare) _____