



I.I.S.S. "JACOPO DEL DUCA-DIEGO BIANCA AMATO" - CEFALÙ
VIA PIETRAGROSSA, 68/70 - TELEFONO: 0921.421415
cod. fisc. 82000410827 - sito internet: <https://www.delduca-biancaamato.edu.it/>
e-mail: pais02200v@istruzione.it - pais02200v@pec.istruzione.it



RICHIESTA DEL CONGEDO BIENNALE
ai sensi dell'art.42 del Decreto Legislativo 26 marzo 2001 n.151

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'I.I.S.S. "J.Del Duca-D. Bianca Amato"
Cefalù

Oggetto: Richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap

_ I _ sottoscritt_ _____ nat_ _____
il ____/____/____ a _____ prov. (____) in servizio presso
codesta Istituzione Scolastica, in qualità di _____ con
contratto di lavoro a tempo indeterminato

CHIEDE

di poter usufruire **dal** _____ **al** _____
ai sensi dell'art.42, comma 5 d.L.vo n.151/2001 di un congedo straordinario retribuito per poter assistere
il proprio familiare Sig./ra _____, nato/a a
_____ il _____ domiciliato in _____ Via
_____ n° _____, già riconosciuto portatore di handicap grave (ex art. 3, comma 3, legge 104/92) come da verbale da Visita Medica Collegiale della Commissione Medica per l'accertamento della invalidità Civile dell'ASL di Palermo.

- A tal fine dichiara che il proprio familiare non può essere assistito dal coniuge convivente
_____ nato a _____ il _____
in quanto lo stesso è deceduto / affetto da patologie invalidanti che non gli permettono di prestare
assistenza al predetto familiare con continuità.

A tal fine il sottoscritto consapevole, secondo quanto prescritto dall'art. 26 della legge n. 15/68,
della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace e falsità negli
atti ed uso di atti falsi

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

1) 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 _____ ; dal _____ al _____ ; dal _____ al _____ ;
dal _____ al _____ ; dal _____ al _____ ; dal _____ al _____ ;
dal _____ al _____ ; dal _____ al _____ ; dal _____ al _____ ;

2) di assistere con continuità il suddetto familiare per il quale sono richieste le agevolazioni o per
le necessità legate alla propria situazione di disabilità;

- 3) è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento stesso delle agevolazioni comporta la conferma dell'impegno morale, oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- 4) è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- 5) che il familiare portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno presso Istituti specializzati;
- 6) che non vi sono altri familiari maggiorenni, parenti o affini sino al secondo grado, che possono assicurare al predetto familiare assistenza con continuità;
- 7) si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto dichiarate e/o autocertificate da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni, aggiornare la documentazione prodotta a richiesta dell'amministrazione o quando si rende necessario;

Si allega:

- ✓ Copia fotostatica autenticata del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente commissione medica legge 104/1992 operante presso l'ASL
- ✓ Autocertificazione di non ricovero
- ✓ Autocertificazione di effettiva convivenza ed assistenza esclusiva
- ✓ Certificazione medica dello stato invalidante del coniuge convivente
- ✓ Fotocopia carta identità dichiarante e assistito

_____ li _____

Firma olografa

AUTOCERTIFICAZIONE DI EFFETTIVA CONVIVENZA ED ASSISTENZA ESCLUSIVA

(ai sensi della legge n°15/68 e DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

___l___ sottoscritt _____

nato a _____ prov. _____ il _____

e residente in _____ Via _____

in servizio c/o questa Istituzione Scolastica in qualità di _____

avendo chiesto di beneficiare del congedo straordinario retribuito per l'assistenza a disabili in situazione di disabilità grave, ai sensi del D.Lgs 151/2001 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':

1. di essere effettivamente convivente con la Sig.ra _____
(specificare la relazione di parentela o affinità) _____ unitamente alla quale vive nel comune di _____ (PA) via _____ n. _____ ;
2. di essere l'unico referente dell'assistenza del familiare convivente al quale si dedica in maniera continuativa ed in forma esclusiva.

Cefalù, _____

il dichiarante (firma olografa)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI NON RICOVERO

(Art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il sottoscritto _____, nato/a a _____
(____) il _____ in servizio presso l'I.I.S.S " Jacopo del Duca-D. B. Amato" di Cefalù, a
corredo della richiesta del congedo straordinario retribuito per l'assistenza a disabili in situazione di
disabilità grave, ai sensi del D.Lgs 151/2001, per accudire il/la propri/o _____ ,
_____, nato/a a _____ (____) il
_____ riconosciuto/a portatore/portatrice di handicap grave dalla competente
Commissione Medica di _____

D I C H I A R A

che il proprio familiare non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati.

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di
dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76
del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità del dichiarante e dell'assistito in corso
di validità.

Cefalù, _____

il dichiarante (firma olografa)
