



Istituto Comprensivo Statale "G. Marconi"

Via Virgilio, 1 - 95047 Paternò (CT)

ISTITUTO COMPRENSIVO "G. MARCONI"
PATERNO' - RAGALNA

Sede Centrale: Via Virgilio 1 - 95047 P A T E R N O' (CT)

Tel. 095/622682 - Fax 095-7981033

Web: http://www.marconiscuola.it - E-mail: ctic84200b@istruzione.it

E-mail Certificata: comprensivomarconi@pec.it

Cod. Min. CTIC84200B - Cod. fisc. 80008070874



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 e n. 19 /26.01.2009, in quanto:

- genitore della persona disabile di et inferiore a tre anni;
genitore della persona disabile di et superiore a tre anni;
parente, affine o coniuge 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);

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 NOTORIET

(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 1

(data adozione/affido) Data e luogo di nascita

Residente a , (Prov.), Via/P.zza , n.

come risulta dalla certificazione che si allega.

- di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;
che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.
che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso soggetto portatore di handicap;
di essere convivente2 con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;
di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità

intero, dal al per mesi: gg. :

frazionato, dal al per mesi: gg. :

dal al per mesi: gg. :

dal al per mesi: gg. :

dal al per mesi: gg. :

dal al per mesi: gg. :

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.

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento
emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Data, _____

Firma

1 Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento); Parente o affine entro il 3° grado
(specificare se: padre, nuora, ecc.).