

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
IIS "Ettore Majorana"  
Via Caselle, 26 - San Lazzaro Di Savena  
Prof Sergio Pagani

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

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente a: \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ 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 età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età 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 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'alt. 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 \_\_\_\_\_, (\_\_\_\_),  
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 convivente(2) 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.: \_\_\_\_\_
- 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.**

1 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.)  
2 per convivenza si deve intendere solo la comune residenza, luogo in cui la persona ha la dimora abituale (Messaggio INPS n. 19583/02.09.09)