Al Dirigente Scolastico

 Dell’ IC “C. CANTU’”

 di Milano

**RICHIESTA CONGEDO STRAORDINARIO BIENNALE RETRIBUITO PER ASSISTENZA A FAMILIARE CON HANDICAP GRAVE ai sensi dell’art. 42, comma 5, del D. Lgs 26 marzo 2001, n. 151 e successive modifiche e integrazioni**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

□ con rapporto di lavoro a tempo pieno;

□ con rapporto di lavoro a tempo parziale al \_\_\_\_\_\_\_\_\_%, con articolazione □ orizzontale □ verticale □ mista

 (In caso di part-time verticale o misto, specificare i giorni lavorativi previsti dal contratto);

□ con rapporto di lavoro a tempo indeterminato;

□ con rapporto di lavoro a tempo determinato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**chiede**

di poter usufruire del congedo retribuito ai sensi dell’art. 42, comma 5, del D. Lgs. 26 marzo 2001, n. 151 e successive modificazioni ed integrazioni, nei seguenti periodi:

dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; dal\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

per assistere il/la proprio/a □**coniuge o convivente l.36/76 o parte unione civile** □**figlio** □ **genitore** □**fratello/sorella** □**altro parente/affine fino al terzo grado (indicare rapporto di parentela) \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\***

Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_.

A tal fine, a conoscenza delle sanzioni penali previste dall’ art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci

**dichiara**

□ di avere la stessa residenza anagrafica e coabitazione come da circolare 01/2012 FP con l’assistito;

□ ovvero, con riferimento ai periodi richiesti, di avere dimora temporanea presso la residenza dell’assistito/a in quanto iscritto/a nello schedario della popolazione temporanea ai sensi dell’ art. 32 del D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223 del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ che il proprio parente ha assunto, per i periodi richiesti, la dimora temporanea presso la residenza del/la sottoscritto/a in quanto è iscritto nello schedario della popolazione temporanea del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ai sensi dell’ art. 32 del D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223;

1. che il parente da assistere è stato riconosciuto in condizione di handicap grave ai sensi dell’art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992 con verbale del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’INPS di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
2. che sono state già riconosciute al/alla sottoscritto/a le agevolazioni di cui all’ art. 33, comma 3, della stessa legge, con nota n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. che nei su indicati periodi di assenza nessun altro familiare dell’assistito/a fruisce del medesimo congedo retribuito;
4. che la situazione familiare del proprio parente disabile è la seguente (da compilare nel caso si presti assistenza a soggetto diverso dal coniuge)

□ **non è coniugato; unito civilmente ovvero convivente l.76/16, ovvero che il coniuge (o parte unione civile o convivente l.76) dell’assistito/a**,

Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ è mancante perché \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ è affetto da patologie invalidanti (**allegare certificazione\***);

□ **che i genitori dell’assistito/a:**

Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ è mancante perché \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ è affetto da patologie invalidanti (**allegare certificazione\***);

Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ è mancante perché \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ è affetto da patologie invalidanti (**allegare certificazione\***);

1. che il parente da assistere: (da compilare nel caso si presti assistenza a soggetto diverso dal coniuge)

 □**non ha altri parenti prossimi conviventi**

□ **ha i seguenti parenti prossimi conviventi:**

- Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (grado di parentela)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ è affetto/a da patologie invalidanti (**allegare certificazione\***)

□ non è lavoratore/rice dipendente □ è lavoratore/rice dipendente presso la seguente amm.ne/ente/azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_\_\_;

- Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ è affetto/a da patologie invalidanti (**allegare certificazione\***) □ non è lavoratore/rice dipendente □ è lavoratore/rice dipendente presso la seguente amm.ne/ente/azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_;

1. che il/la sottoscritto/a, presso questa amministrazione ovvero presso altri datori di lavoro pubblici e/o privati

**per il familiare in parola:**

□ ha già fruito di n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni di congedo retribuito

□ ha già fruito per n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni del congedo **non** retribuito per gravi e documentati motivi familiari (art. 4, comma 2, legge 8 marzo 2000, n. 53)

**per altri familiari** (indicare relazione di parentela e cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ ha già fruito di n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni di congedo retribuito;

□ ha già fruito di n. \_\_\_\_\_\_\_\_ giorni di congedo **non** retribuito per gravi e documentati motivi familiari (art. 4, comma 2, legge 8 marzo 2000, n. 53);

7. che i seguenti familiari: Sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( specificare nome, cognome e grado di parentela

 con l’assistito) hanno:

□ già fruito di n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni di congedo retribuito

□ già fruito per n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni del congedo **non** retribuito per gravi e documentati motivi familiari (art. 4, comma 2, legge 8 marzo 2000, n. 53).

8. che il soggetto disabile:

 □ non è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria;

 □ è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria, ma i sanitari hanno richiesto la presenza del/la sottoscritto/a (**allegare certificazione**);

9. di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione della situazione di fatto e di diritto dichiarata nel presente modulo, di essere altresì consapevole che l’Amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni mendaci, potrà subire un procedimento penale e decadere da eventuali benefici ottenuti;

10. di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Allega documentazione: carta di identità del dichiarante e verbale commissione medica.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Firma per esteso e leggibile del dichiarante)*

**Il Dirigente, vista la documentazione presentata e svolto tutte le verifiche di rito, AUTORIZZA**

 **Visto del Dirigente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**