

ISTITUTO COMPRENSIVO PERUGIA 12

Via Cestellini , snc – Ponte San Giovanni – 06135 PERUGIA Tel. 075 39 55 39 – fax 075 39 33 20
Email: pgic840009@istruzione.it – PEC: PGIC840009@PEC.ISTRUZIONE.IT Sito: www.istitutocomprensivoperugia12.it

DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO BIENNALE
(art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001 e successive modifiche)

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
dell'Istituto Comprensivo
Perugia 12
06135 PERUGIA

OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap.

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a il _____ a _____ Prov. _____
C.F.: _____
Residente in _____ Prov. _____
Via _____ n. _____
Domicilio in _____ Prov. _____
Via _____ Prov. _____
In servizio presso questa scuola in qualità di _____
Con rapporto di lavoro a tempo: indeterminato determinato

CHIEDE

di usufruire del congedo biennale retribuito di cui all'art. 42, co 5, del D.lgs 151/2001, come modificato da sentenze della Corte Costituzionale n. 233 dell'08/06/2005 e n. 19 del 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 figli, 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 ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

- 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 _____, n. _____ come risulta da documentazione 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 ricoverato/a a tempo pieno presso istituto specializzati
- di essere convivente (2) con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopraindicato
- che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso portatore di handicap

- che i genitori della persona disabile in situazione di gravità sono entrambi deceduti o totalmente inabili (allegare certificazione)
- che la persona disabile in situazione di gravità non ha figli o non convive con alcuno di essi
- che la persona disabile in situazione di gravità non ha fratelli o non convive con alcuno di essi
- che gli altri parenti entro il terzo grado di parentela della persona disabile in situazione di gravità non convivono con essa
- di essere a conoscenza della rinuncia degli altri figli di mio/a padre/madre disabile in situazione di gravità con esso/a conviventi ad usufruire per lo stesso genitore del congedo straordinario retribuito negli stessi periodi da me richiesti
- che altri familiari dell'assistito/a hanno già usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per lo stesso parente disabile in situazione di gravità
- di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:
dal _____ al _____ gg. ____
dal _____ al _____ gg. ____
- 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 _____ gg. ____
dal _____ al _____ gg. ____
- di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:
 - intero 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.: _____
 - 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 del TU delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, DPR N. 445 DEL 28/12/2000

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

Si allega:

- Copia fotostatica autenticata del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente commissione medica, Legge 104/1992, operante presso l'ASL
- Certificato di nascita del familiare o autocertificazione
- Certificato di stato di famiglia e residenza
- Copia documento di riconoscimento del richiedente e dell'assistito
- Autodichiarazione rilasciata dagli altri aventi diritto di non aver fruito del congedo ovvero attestante i periodi di congedo fruiti

Perugia, ____/____/____

Firma

Il D.S.G.A

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Dott.ssa Simona Ferretti

- (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, 19583/02/09/2009)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Art 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ Prov. _____ il _____
residente a _____ Prov. _____ Via _____
c.a.p. _____, in servizio presso _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445, nonché di quanto dall'art. 20, co. 2, legge n. 102/2009 sul contrasto delle frodi in materia di invalidità civile, handicap e disabilità, nonché dall'art. 10, n. 3 del decreto legge n. 78 del 31 maggio 2010, convertito nella legge n. 122 del 30 luglio 2010 (danno patrimoniale all'erario per le false attestazioni mediche).
ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la mia responsabilità

DICHIARO, ai sensi della Circ. F.P. n. 13/2010, punto 7, DI:

- 1) prestare assistenza nei confronti di _____,
nato a _____ Prov. _____ il _____,
disabile in situazione di gravità non ricoverato a tempo pieno per il quale sono chieste le agevolazioni previste per l'assistenza delle persone che si trovino in tale condizione;
ovvero, di essere io stesso lavoratore disabile in situazione di gravità per cui necessito delle agevolazioni previste per la mia situazione di disabilità
- 2) che il lavoratore sia l'unico componente della famiglia, che assiste il familiare disabile;¹
- 3) che, da parte della A.S.L. non si è proceduto a rettifica o non è stato modificato il giudizio sulla gravità dell'handicap;

DICHIARO INOLTRE

- a) di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta da parte mia la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la mia opera di assistenza;
- b) di essere 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;
- c) di impegnarmi a comunicare entro 30 giorni ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (secondo quanto previsto dall'art. 33, co. 7-bis, legge n. 104/1992 e Circ. Inps n. 155/2010, punto 4), in particolare ricovero a tempo pieno dell'assistito, revoca del giudizio di gravità, modifiche dei permessi richiesti, eventuale decesso del disabile;
- d) *per il caso di congedo fino a 2 anni di cui all'art.42, co da 5 a 5-quinquies, del D.Lgs. 26/3/2001 n. 151*, mi impegno a non esercitare alcuna attività lavorativa durante il periodo di congedo fruito, secondo quanto previsto dall'art. 4, co. 2, della legge n. 53/2000, richiamata dall'art. 42, co. 5-quinquies, del D.Lgs. n. 151/2001)

Perugia,

In fede

¹ Dichiarazione da rinnovare annualmente, circa l'esistenza in vita del familiare disabile per l'assistenza del quale sono stati concessi i previsti benefici.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI ESISTENZA IN VITA

(art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a:

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ (prov. _____) il _____

e residente in _____ (prov _____),

via _____ n. _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000),

DICHIARA

L'esistenza in vita del familiare disabile _____

Per l'assistenza del quale sono stati concessi i previsti benefici.

Perugia,

Il/la dichiarante _____

(firma per esteso e leggibile)

Esente da autentica di firma e da bollo ai sensi dell'art. 37, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000. Può essere presentata ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi ed ai privati che vi consentono.

N.B. Informativa ai sensi dell'art. del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 : i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

AVVERTENZA : IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.