

**DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER L'ASSISTENZA AI FAMILIARI
DISABILI IN SITUAZIONE DI GRAVITA'**

Il/La sottoscritt_ _____, nat_ a _____ il
_____ in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di **DOCENTE** di
_____ / **ATA**, profilo professionale _____ con contratto di lavoro a tempo
indeterminato/determinato,

CHIEDE

per assistere il disabile _____

in situazione di gravità:

di usufruire del congedo straordinario spettante al figlio di persone in stato di handicap in situazione di gravità nei seguenti periodi:

dal _____ al _____

DICHIARA

di svolgere completamente di orario di lavoro pari a ore ____ presso _____

che _____ è in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione (art.4, comma1, della legge 104/92) di _____

che mio padre/madre in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno

di essere convivente con mio padre/ mia madre disabile in situazione di gravità

che mio padre/madre in situazione di gravità non è coniugato/a o non convive con il coniuge

che il coniuge convivente di mio padre/madre in situazione di gravità non svolge attività lavorativa o è lavoratore autonomo

di essere a conoscenza della rinuncia del coniuge convivente di mio padre/madre in situazione di gravità ad usufruire per lo stesso soggetto del congedo straordinario retribuito nei periodi da me richiesti

che i genitori di mio padre/madre in situazione di gravità sono entrambi deceduti o totalmente inabili (allegare certificazione)

- che l'unico genitore vivente di mio padre/madre in situazione di gravità è totalmente inabile (allegare certificazione)
- che mio padre/madre in situazione di gravità non ha fratelli o non convive con nessuno di essi
- che i/le fratelli/sorelle conviventi di mio padre/madre in situazione di gravità non svolgono attività lavorativa o sono lavoratori autonomi
- di essere a conoscenza della rinuncia dei le fratelli/sorelle conviventi di mio padre/madre in situazione di gravità ad usufruire per lo stesso soggetto del congedo straordinario retribuito nei periodi da me richiesti
- che mio padre/madre in situazione di gravità non ha altri figli o non convive con nessuno di essi
- che gli altri figli di mio padre/madre in situazione di gravità non svolgono attività lavorativa o sono lavoratori autonomi
- di essere a conoscenza della rinuncia degli altri figli conviventi di mio padre/madre in situazione di gravità ad usufruire per lo stesso genitore del congedo straordinario retribuito nei periodi da me richiesti
- che altri familiari di mio padre/madre in situazione di gravità hanno già usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per lo stesso genitore disabile in situazione di gravità
- di avere già usufruito di congedo straordinario per lo stesso soggetto

dal _____	al	_____
dal _____	al	_____
dal _____	al	_____
dal _____	al	_____
dal _____	al	_____
dal _____	al	_____
dal _____	al	_____
dal _____	al	_____
dal _____	al	_____
dal _____	al	_____
dal _____	al	_____
dal _____	al	_____
dal _____	al	_____
dal _____	al	_____
dal _____	al	_____
dal _____	al	_____
dal _____	al	_____
dal _____	al	_____
dal _____	al	_____
dal _____	al	_____

Si impegna a comunicare all'Istituto qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata. Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che , in caso di dichiarazioni false, può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti. Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità ed è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data _____

Firma _____

Dati della persona disabile in situazione di gravità

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____ Nato a _____

il _____ residente in _____ prov _____

Indirizzo _____ CAP _____

Dichiaro

di essere genitore del richiedente con il quale convivo e dal quale intendo essere assistito

di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla competente Commissione

(art. 4 comma 1, della Legge 104/92) di _____

di non essere ricoverato a tempo pieno

che non presterò attività lavorativa nel periodo di congedo del richiedente.

Data _____

Firma _____

Allega fotocopia documento di riconoscimento