



Istituto Comprensivo "72° - PALASCIANO"

Via Vincenzo Marrone, 65 - 80126 Napoli - Tel. 0812410347

Pec: naic8cv00x@pec.istruzione.it

E-mail istituzionale naic8cv00x@istruzione.it

C.F.:95169900636

Istituto Comprensivo



- Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: richiesta fruizione congedo straordinario assistenza permanente, continuativa e globale.

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a _____ prov. (____) il _____, qualifica _____ con contratto a tempo _____ presso codesto I.C.S.

COMUNICA

che il/la sig. _____ nat _____ a _____ prov. _____ il _____ e residente a _____ prov. _____ Via _____

nessita di assistenza permanente, continuativa e globale, ai sensi della L. 104/1992.

Il/L_ sottoscritt_, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

CHIEDE

di usufruire, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 119/2011, che ha modificato la disciplina del congedo straordinario contenuta nell'art. 42, comma 5, del D.Lgs. 151/2001, di un periodo di congedo dal _____ al _____.

DICHIARA (barrare gli elementi di interesse)

- di essere il coniuge convivente della persona disabile in situazione di gravità;
- di essere il padre o la madre, anche adottivi o affidatari, della persona disabile in situazione di gravità (in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente);

- di essere uno dei figli conviventi della persona disabile in situazione di gravità (nel caso in cui il coniuge convivente ed entrambi i genitori del disabile siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti);
- di essere uno dei fratelli o sorelle conviventi della persona disabile in situazione di gravità (nel caso in cui il coniuge convivente, entrambi i genitori ed i figli conviventi del disabile siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti);
- di essere un parente o affine entro il terzo grado convivente della persona disabile in situazione di gravità (nel caso in cui il coniuge convivente, entrambi i genitori, i figli conviventi e i fratelli o sorelle conviventi siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti);
- che nessuno degli altri familiari conviventi aventi diritto ha presentato istanza per fruire di analogo congedo;
- che il familiare assistito non è ricoverato a tempo pieno;
- che in precedenza non ha fruito del congedo richiesto;
- che in precedenza ha fruito dei seguenti periodi nell'ambito dello stesso o di altro precedente rapporto di lavoro:

dal _____ al _____ ;	dal _____ al _____ ;
dal _____ al _____ ;	dal _____ al _____ ;
dal _____ al _____ ;	dal _____ al _____ .

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

_____ li _____

Firma

Allegati:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 –comma 3- della Legge 104/1992;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave;
- autocertificazione dello stato di famiglia.

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA

(art. 46 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o

nata/o a il

residente a in vianr .../..... Int.

consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

DICHIARA

che la famiglia convivente (dalla data/...../.....) è composta come risulta dal seguente prospetto;

	<i>COGNOME E NOME</i>	<i>LUOGO DI NASCITA</i>	<i>DATA NASCITA</i>	<i>RAPPORTO PARENTELA</i>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Firma

_____ li _____
