

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA  
 ISTITUTO COMPrensIVO "MARCO POLO"  
 Via Luigi Fabbri 1  
 60044 FABRIANO (AN)

**OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza a persona in situazione di handicap grave ai sensi art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001(ex L. 53/2000, art.4).**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
 in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in servizio presso questa Istituzione Scolastica  
 in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di usufruire per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 del congedo biennale per l'assistenza a persona in situazione di handicap grave ai sensi  
 dell'art. 42, comma 5 del D.L.vo N. 151/2001 (ex L. 53/2000, art. 4), per il proprio familiare:**

*cognome e nome* \_\_\_\_\_

*nato a* \_\_\_\_\_ *il* \_\_\_\_\_

*grado di parentela* \_\_\_\_\_

*residente a* \_\_\_\_\_ *via* \_\_\_\_\_

per il quale la Commissione medica della ASL di \_\_\_\_\_  
 nella seduta del \_\_\_\_\_ ha riconosciuto la gravità dell'handicap ai sensi dell'art. 3,  
 comma 3, della Legge 104/1992 (vedi documentazione allegata).

*(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETA')*

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, ai sensi degli artt. 46 e 47(R) del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa),

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità:

- di essere convivente con il disabile sopraindicato\*\* in quanto:
- la residenza anagrafica è la medesima (ved. quanto sopra dichiarato);
  - la dimora temporanea di entrambi è la seguente \_\_\_\_\_

\*\* il requisito della convivenza può ritenersi soddisfatto quando colui che presta assistenza e il disabile assistito hanno la medesima residenza anagrafica ovvero, in caso contrario, quando uno dei due soggetti abbia fissato la propria dimora temporanea presso la residenza dell'altro e quindi risulti iscritto, ai sensi dell'art. 32 del D.P.R. n. 223 del 30/5/1989, nello schedario della popolazione temporanea del comune

- che il disabile in situazione di gravità sopraindicato non è ricoverato presso una struttura pubblica o privata;

di essere il referente unico (D.L. 18/7/2011, n. 119) che assiste il disabile in situazione di gravità sopraindicato, in quanto tutti i sottoelencati soggetti legittimati a fruire del congedo retribuito art. 42, co.5, D.Lgs. 151/2001 per il disabile sopraindicato (indicati secondo il previsto ordine di priorità tassativo ed esclusivo):

- il coniuge convivente o la parte dell'unione civile convivente della persona disabile  
cognome e nome \_\_\_\_\_ motivazione\* \_\_\_\_\_
- il padre (anche adottivo o affidatario) della persona disabile  
cognome e nome \_\_\_\_\_ motivazione\* \_\_\_\_\_
- la madre (anche adottiva o affidataria) della persona disabile  
cognome e nome \_\_\_\_\_ motivazione\* \_\_\_\_\_
- il figlio/la figlia convivente della persona disabile  
cognome e nome \_\_\_\_\_ motivazione\* \_\_\_\_\_
- il fratello/la sorella convivente della persona disabile  
cognome e nome \_\_\_\_\_ motivazione\* \_\_\_\_\_
- parente/affine entro il terzo grado convivente della persona disabile  
cognome e nome \_\_\_\_\_ motivazione\* \_\_\_\_\_

\*indicare per ciascun soggetto una delle seguenti motivazioni: mancante, deceduto, affetto da patologia invalidante (per la quale è obbligatorio allegare documentazione rilasciata da medico specialista del servizio sanitario, medico convenzionato, medico della struttura sanitaria in caso di ricovero)

per l'assistito in questione il/la sottoscritto/a richiedente:

non ha fruito in precedenza del congedo biennale ai sensi art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001 (ex L. 53/2000, art. 4);

oppure:

sono stati già fruiti i seguenti periodi di congedo biennale ai sensi art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001 (ex L. 53/2000, art. 4):

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi \_\_\_\_\_

che durante il periodo di congedo richiesto dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ non svolgerà alcuna attività lavorativa;

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 D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Allegati: (indicare solo quelli di interesse)

- verbale commissione medica della ASL di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ relativa al familiare per il quale si richiede il congedo;
- documentazione rilasciata dal Comune relativa alla dimora temporanea;
- documentazione relativa alla patologia invalidante dei familiari legittimati a fruire del congedo; \_\_\_\_\_