

**MODELLO DI DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE IL DISABILE IN  
SITUAZIONE DI GRAVITA'**

**(art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001)**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell'Istituto Comprensivo di  
Esperia (FR)

**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 ditale 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 siallega.
- 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 istitutospecializzati;
- 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.

Esperia, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Il D.S.G.A

\_\_\_\_\_  
Firma

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- (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)

**SCHEMA DI DOMANDA E DI AUTOCERTIFICAZIONE**

La *domanda* va indirizzata al Dirigente Scolastico della propria scuola di titolarità.  
Alla domanda va allegata l'*autocertificazione (Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)* che riportiamo di seguito in conformità alle istruzioni dettate con la Circ. Funz. Pubbl. n. 13/2010, punto 7.

Al Dirigente Scolastico  
.....  
.....

Io sottoscritto ....., nato a ..... il ....., in servizio presso codesta istituzione scolastica quale .....

**chiedo alla S.V.**

di fruire il seguente beneficio – qui di seguito contrassegnato con una crocetta –, previsto dalle norme sulla tutela e l'assistenza dei disabili:

- il *prolungamento del congedo parentale* spettante per il figlio fino a otto anni di vita, disabile in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 33, co. 1, e 42, co. 1, d.lgs. n.151/2001, per l'assistenza del proprio figlio  
..... nato a ..... il .....
- i *permessi retribuiti di una o due ore al giorno* spettanti per il figlio entro gli tre anni di vita, disabile in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 33, co. 2, parte finale, della legge n. 104/1992 e dall'art. 42, co. 1, del D.lgs. n. 151/2001, per l'assistenza del proprio figlio ....., nato a..... il.....;
- i *permessi retribuiti di tre giorni al mese* (.....), spettanti per il figlio entro gli otto anni di età, disabile in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 33, co. 2 legge n. 104/1992, art. 33, co. 2, e 42, co. 1, D.lgs. 151/2001 e Circ. Funz. Pubbl. n. 13/2010, punto 4, per l'assistenza del proprio figlio ..... nato a ..... il .....
- i *permessi retribuiti di tre giorni al mese* (.....), spettanti per il figlio disabile in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 42, co. 3, D.lgs. 151/2001 e dell'art. 33, co. 3, della legge n. 104/1992, per l'assistenza del proprio figlio ..... nato a ..... il .....
- i *permessi retribuiti di tre giorni al mese* (.....) per l'assistenza del parente o affine entro un certo grado di parentela o affinità, compresi coniuge e figlio maggiorenne, disabile in situazione di gravità, di cui all'art. 33, comma 3, legge 104/1992 e art. 20 legge 8/3/2000 n. 53, per l'assistenza di ..... nato a ..... il ....., il quale nei miei riguardi riveste il seguente rapporto di parentela o affinità: .....
- i *permessi di due ore al giorno* per me stesso lavoratore disabile in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 33, comma 6, legge 104/1992, in quanto riconosciuto disabile in situazione di gravità, come da unita documentazione;
- i *permessi di tre giorni al mese* per me stesso lavoratore disabile in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 33, comma 6, legge 104/1992, in quanto riconosciuto portatore di handicap in situazione di gravità, come da unita documentazione;
- la *priorità nella scelta della sede*, ai sensi degli art. 21 legge n. 104/1992, ovvero art. 33, co. 5, legge n. 104/1992, per le seguenti operazioni di assegnazione di sede: .....
- il *congedo retribuito fino a un biennio*, di cui all'art. 42, co. da 5 a 5 quinquies del D.lgs. 26/3/2001 n. 151, in quanto ne ho diritto per l'assistenza di ..... disabile in situazione di gravità ai sensi della legge n. 104/1992, (*grado di parentela*) ..... non ricoverato a tempo pieno.

A tal fine dichiaro quanto segue:

.....  
.....  
.....

A tal fine allego la seguente documentazione:

- 1) l'allegata *autocertificazione*, prevista dal punto 7 della Circ. Funz. Pubbl. n. 13/2010.
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....

....., (*data*) .....

In fede

.....

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

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

Io sottoscritto ....., nato a ..... il .....,  
residente a ..... Via ..... c.a.p. ...., in servizio  
presso..... in qualità di.....

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 ....., 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, nel caso in cui il disabile sia lo stesso lavoratore dipendente, 1 – di essere io stesso lavoratore disabile in situazione di gravità per cui necessito delle agevolazioni previste per la mia situazione di disabilità];*
- 2 – 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;
- 3 – 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;
- 4 – 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).
- 5 – *(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)

....., (data) .....

In fede

.....