



Viale Trieste, 296
61121 Pesaro (PU)

Tel. 0721 174 0875

c.f. 80004890416
c.m. PSIC82400X

psic82400x@istruzione.it
psic82400x@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico

**Oggetto: richiesta di congedo biennale per assistere il genitore disabile in situazione di gravità
(art. 42, c. 5, D. Lgs. 26/03/2001 n. 151, come modificato dalla Legge 24/12/2003 n. 350)**

Il sottoscritto _____ nato a _____
pr (_____) il _____ e residente a _____ pr (_____)
cap (_____) in _____
in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di Docente _____,
con contratto a tempo indeterminato _____;

CHIEDE

di usufruire del congedo straordinario spettante ai figli conviventi di persone disabili in situazione di gravità per i seguenti periodi:

dal _____ al _____ - dal _____ al _____ - dal _____ al _____

A tal fine il sottoscritto _____, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445,

DICHIARA

- ☐ che il padre _____ disabile in situazione di gravità non è ricoverato/a a tempo pieno (*qualora lo fosse, allegare dichiarazione della struttura sanitaria che attesti la necessità dell'assistenza da parte del familiare avente diritto al beneficio*)
- ☐ di essere convivente con il padre _____ disabile in situazione di gravità
- ☐ che il padre _____ disabile in situazione di gravità:
 - ☒ non è coniugato/a o non convive con il coniuge
 - ☐ è coniugato/a, ma il coniuge è affetto/a da patologia invalidante (*allegare documentazione*)
 - ☐ è vedovo/a (*allegare documentazione*)
 - ☐ è stato coniugato/a, ma il coniuge è deceduto/a (*allegare documentazione*)
 - ☐ è separato/a legalmente o divorziato/a (*allegare documentazione*)
 - ☐ è coniugato/a, ma in situazione di abbandono (*allegare documentazione*)

Dati del coniuge della persona disabile in situazione di gravità:

_____ nato a _____
pr (_____) il _____ CF _____

- ☐ che il padre del genitore disabile in situazione di gravità:
 - ☒ è affetto da patologia invalidante
 - ☐ è deceduto
 - ☐ non ha riconosciuto la persona disabile in situazione di gravità

Dati del padre della persona disabile in situazione di gravità:

_____ nato a _____
pr (_____) il _____ CF _____

- ☐ che la madre del genitore disabile in situazione di gravità:
 - ☐ è affetta da patologia invalidante
 - ☐ è deceduta
 - ☐ non ha riconosciuto la persona disabile in situazione di gravità

Dati della madre della persona disabile in situazione di gravità:

_____ nata a _____
pr (_____) il _____ CF _____

- ☐ che nessun altro familiare beneficia dei permessi Legge 05/02/1992 n. 104 per la stessa persona disabile in situazione di gravità
- ☐ che altri familiari (diversi dal richiedente) hanno già usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona disabile in situazione di gravità
- ☐ di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per il medesimo soggetto per i seguenti periodi:
dal _____ al _____ - dal _____ al _____ - dal _____ al _____
- ☐ di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari" (art. 4, c. 2, Legge 08/03/2000 n. 53) per i seguenti periodi:
dal _____ al _____ - dal _____ al _____ - dal _____ al _____

Il sottoscritto _____ si impegna inoltre a comunicare al datore di lavoro qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.

_____, _____

Firma

Dati e dichiarazione del genitore disabile

Il sottoscritto _____ nato a _____
pr (_____) il _____ e residente a _____ pr (_____)
cap (_____) in _____ CF _____
tel/cell _____ e-mail _____

DICHIARA (solo se maggiorenne)

- ☐ di essere genitore del richiedente con il quale convive
- ☐ di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla competente Commissione (art. 4, c. 1, Legge 05/02/1992 n. 104) di _____
- ☐ di non essere ricoverato a tempo pieno (*qualora lo fosse, allegare dichiarazione della struttura sanitaria che attesti la necessità dell'assistenza da parte del familiare avente diritto al beneficio*)

_____, li, _____

Firma

Documentazione allegata:

- ☐ copia fotostatica autenticata del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente commissione medica Legge 05/02/1992 n. 104 operante presso l'ASL
- ☐ copia fotostatica del documento di identità
- ☐ nei casi previsti, dichiarazione della struttura sanitaria presso la quale il disabile è ricoverato a tempo pieno attestante la necessità dell'assistenza da parte del familiare interessato a beneficiare dei giorni di congedo straordinario
- ☐ nei casi previsti, certificato di decesso o certificazione di invalidità del coniuge o dell'assistito