ISTITUTO STATALE D'ISTRUZIONE *"PRIMO LEVI"* DI IMPRUNETA
comprensivo di scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di I grado ad indirizzo musicale
Via I Maggio, 47 – 50023 Impruneta(FI) – Tel. 0552020500 – http://www.icimprunetaprimolevi.edu.it/
FIIC824009 – C.F. **94080590485** e-mail: fiic824009@istruzione.it – PEC: fiic824009@pec.istruzione.it

OGGETTO: Richiesta ammissione ai permessi (art.33 L. 104 del 1992) e congedo biennale (art 42 comma 3 D.lgs. 151/2001 – ex artt. 4 comma 4-bis e 20 L. n. 53/2000) per assistenza parente o affine entro il secondo il terzo grado con handicap in situazione di gravità

_l_ sottoscritt_ _____nat_ il _____

a _____prov. (____), residente a _____prov. (____)

in Via _____ , in servizio presso codesta Istituzione scolastica in

qualità di _____con rapporto di lavoro a tempo

☐ indeterminato

☐ determinato

C H I E D E

☐ di beneficiare dei permessi previsti dalla L. 104 del 1992 e successive modificazioni,

☐ di usufruire del congedo biennale retribuito di cui all'art. 42, comma 5, D.Lgs. n. 151/2001 ex artt. 4 comma 4-bis e 20 L. n. 53/2000, come modificato dall'art. 4 del D.Lgs. 18.07.2011 n. 119,

in quanto:

☐ coniuge convivente della persona in situazione di handicap grave;

☐ **padre o madre** della persona in situazione di handicap grave (in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente (1);

☐ **figlio/a** convivente della persona in situazione di handicap grave (nel caso in cui il coniuge convivente ed entrambi i genitori del disabile siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti) (1);

☐ **fratello o sorella** convivente nel caso in cui il coniuge convivente (nel caso in cui entrambi i genitori ed i figli conviventi del disabile siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti) (1)

☐ **parente o affine entro il terzo grado** convivente della persona disabile in situazione di gravità in qualità di …… (2) (nel caso in cui il coniuge convivente, entrambi i genitori, i figli conviventi e i fratelli o sorelle di età conviventi abbiano compiuto 65 anni, siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti) (1).

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

D I C H I A R A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 del T.U. approvato con D.P.R. 28.12.2000 n. 445)

☐ che la struttura _____di _____ha rilasciato il verbale prot. n. _____ del _____con il quale è stata riconosciuta la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art.3 comma 3 della Legge 104/92) di:
cognome e nome _____data e luogo di nascita _____
residente a _____prov. (___) in Via _____
<u>come risulta dalla certificazione che si allega</u>.

☐ che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;

☐ che nessun altro familiare fruisce a sua volta di permessi per l'assistenza alla persona disabile in situazione di gravità per il quale si chiede il congedo;

☐ di essere convivente (3) con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;

☐ di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

dal _____al _____per mesi ___gg ___ dal
_____al _____per mesi ___gg ___ dal
_____al _____per mesi _____gg ____

☐ di aver già fruito del congedo nei seguenti periodi:

dal _____al _____per mesi ___gg ___ dal
_____al _____per mesi ___gg ___ dal
_____al _____per mesi _____gg ____

☐ quanto segue relativamente a tutti i sottoelencati soggetti (indicati secondo il previsto ordine di priorità tassativo ed esclusivo) legittimati a fruire del congedo:

-il coniuge convivente o la parte dell'unione civile convivente della persona disabile
cognome e nome_____motivazione_____
-il padre anche adottivo/affidatario della persona disabile
cognome e nome_____motivazione_____
- la madre anche adottiva/affidataria della persona disabile
cognome e nome_____motivazione_____
-il figli/a convivente della persona disabile
cognome e nome_____motivazione_____
-il fratello/sorella convivente della persona disabile
cognome e nome_____motivazione_____
-parente o affine entro il terzo grado convivente con la persona disabile
cognome e nome_____motivazione_____

☐ di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 – T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000 n. 445.

Data _____ _____

Firma

(1) – La mancanza e/o il decesso dovranno essere documentati con autodichiarazione del richiedente il congedo biennale mentre la sussistenza di patologie invalidanti dovrà risultare da idonea documentazione rilasciata da un medico. Tale documentazione è da allegare alla presente domanda.

(2) – Specificare il vincolo di parentela o affinità.

(3) – Il requisito della convivenza previsto dalla norma si intende soddisfatto anche nel caso in cui la dimora abituale del dipendente e della persona disabile siano nello stesso stabile. Il requisito della convivenza potrà ritenersi soddisfatto anche nei casi in cui sia attestata, mediante la dovuta dichiarazione sostitutiva, la dimora temporanea, ossia l'iscrizione nello schedario della popolazione temporanea di cui all'art. 32 del D.P.R. n. 223/1989.