

Oggetto: **Richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap grave  
(art. 42 co. 5 D.L.gs 151/2000)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
e residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ assunto/a a tempo  
indeterminato/determinato in qualità di \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_

### **Chiede**

di poter usufruire del congedo biennale retribuito di cui all'art. 42 co. 5 del D. L.gs 151/2001, in qualità di  
\_\_\_\_\_ di persona disabile in situazione di gravità, nei seguenti periodi:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle responsabilità civili e penali previste dalla Legge per false dichiarazioni,  
dirette a procurare indebitamente i benefici richiesti, sotto la propria personale responsabilità

### **Dichiara**

(artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e s.m.i.)

- Che il disabile da assistere è stato riconosciuto in situazione di gravità (ai sensi dell'art. 3 co. 3 Legge 104/1992) dalla ASL di \_\_\_\_\_ nella seduta del \_\_\_\_\_, come da verbale della Commissione medica di \_\_\_\_\_ che si allega alla presente e già in possesso della scuola di servizio;
- Che il disabile grave da assistere è \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- Di essere convivente con il disabile grave in questione nel Comune di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- Che il disabile in situazione di gravità da assistere non è ricoverato/a a tempo pieno presso Istituti specializzati;

Di essere l'unico referente a prestare assistenza al disabile in situazione di gravità e che nessun altro familiare beneficia del congedo in questione per lo stesso soggetto o dei permessi retribuiti di cui all'art. 33 co. 3 della Legge 104/1992;

Di aver già usufruito dei periodi seguenti di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

Documenti da allegare:

- verbale della Commissione medica della ASL competente che ha riconosciuto lo stato di disabile grave al soggetto assistito (nel caso in cui tale documentazione non sia stata ancora presentata in segreteria).
- Dichiarazione in autocertificazione degli altri familiari eventuali aventi diritto, di non essersi mai occupati dell'assistenza del disabile grave e pertanto, di non aver mai beneficiato dei permessi retribuiti di cui all'art. 33 co. 3 della Legge 104/1192, nonché di non aver richiesto periodi di congedo straordinario per lo stesso soggetto disabile in situazione di gravità (nel caso ovviamente, di lavoratori dipendenti).

**VISTO:**

- si concede  
 non si concede

Il Dirigente Scolastico  
Ing. Giuseppe Martino

\_\_\_\_\_