

DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE IL /LA ..... CON DISABILITA' GRAVE

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DELL'I.S.I.S. "Duca degli Abruzzi "

Di CATANIA

Il / la sottoscritto/a.....nato /a ..... il.....  
e residente a .....cap..... tel.....  
Via..... codice fiscale..... in servizio  
presso.....

CHIEDE

Di fruire del congedo straordinario previsto per i familiari di soggetti in condizione di handicap grave e della relativa indennità spettante in base all'articolo 42, comma 5 del Decreto Legislativo n.151/2001, come recepito dall'INPGI con delibera n. 72 del 18/06/2009, consapevole che i periodi richiesti vengono accreditati figurativamente dall'INPGI ai fini pensionistici. E' consapevole, altresì, che il periodo di congedo straordinario è incompatibile con la fruizione dei permessi orari e giornalieri (art.33 Legge n.104/1992 ed art. 42 del Dlgs n.151/2001) per l'assistenza alla persona in condizione di disabilità grave.

**A) Dati del familiare in condizione di handicap grave:**

Nome / Cognome.....nato a .....il.....  
e residente a.....Via.....

Relazione di parentela.....in condizione di handicap grave, accettata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge n.104/92 dalla Commissione Asl di .....

NON ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati;

NON svolge alcuna attività lavorativa;

**B) PERIODI DI CONGEDO RICHIESTI**

Il/la sottoscritto/a .....chiede di poter fruire dei congedi straordinari, con pagamento della relativa indennità, nei seguenti periodi: dal.....al.....

**C) DICHIARAZIONI DEL FAMILIARE RICHIEDENTE**

Dichiara:

- di essere convivente con ..... In condizioni di disabilità grave;
- di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della scuola in indirizzo con contratto a tempo indeterminato / determinato;
- di aver già fruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto e di non aver già fruito di congedi straordinari NON retribuiti " per gravi e documentati motivi familiari" (art. 4 c.2, legge 53/2000)

dal..... al .....

dal..... al .....

dal..... al .....

dal..... al .....

dal..... al .....

Si dichiara consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o mendaci dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste. Si impegna a comunicare - entro 30 giorni - qualsiasi variazione che possa avere riflessi sul diritto al congedo. E' consapevole, altresì, che i dati personali che la riguardano, comprese quelli sensibili, saranno trattati dall'INPGI ai sensi delle disposizioni di cui al Dlgs 30/06/2003 n. 196.

..... Li,.....

Firma.....

(allegare copia valido documento di identità)

DICHIARAZIONI DELLA PERSONA IN CONDIZIONE DI DISABILITA' GRAVE

Il /la sottoscritto /a .....nato /a .....  
il..... e residente a .....cap..... tel.....  
Via..... codice fiscale..... in servizio  
presso.....

**Dichiara:**

- di confermare la relazione di parentela indicata dal richiedente nel precedente quadro A);
- di essere in condizioni di disabilità grave (art.4, comma 1, della Legge n.104/92) accertata dalla Commissione ASL di .....
- Di non essere ricoverato /a a tempo pieno;
- di non essere impegnata in attività lavorativa;

Il /la sottoscritto/a di essere assistito/a con carattere di sistematicità ed adeguatezza dal richiedente il congedo  
II. straordinario;

..... li,.....

Firma.....

(Allegare copia valido documento di identità)

**Allega:**

Certificato rilasciato dalla competente ASL che attesta lo stato di gravità dell'handicap.