

# DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO BIENNALE

Al Dirigente Scolastico  
I.I.S. "P. Artusi"  
Chianciano Terme (Si)

## DATI DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via/p.zza \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di poter fruire del congedo straordinario spettante per i figli fratelli/sorellegenitori portatori di handicap grave

## DATI DEL FAMILIARE CON HANDICAP GRAVE

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via/p.zza \_\_\_\_\_  
relazione di parentela \_\_\_\_\_

### Il/la sottoscritto/a chiede di poter fruire dei congedi nei seguenti periodi:

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

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

### DICHIARA

- di essere convivente con il familiare portatore di handicap grave sopraindicato;
- di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata;
- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;
- che i genitori sono entrambi deceduti;
- che altre persone conviventi sono in numero di ... e hanno pertanto compilato altrettante dichiarazioni, numerate da 1 a .... (allegate alla presente);
- che i genitori deceduti e altre persone non conviventi (anche se deceduti) hanno fruito **complessivamente** per l'assistenza all'handicappato di n. .... giorni di congedo straordinario retribuito;
- che i genitori deceduti e altre persone non conviventi (anche se deceduti) **non** hanno mai fruito per l'assistenza all'handicappato di giorni di congedo straordinario retribuito;
- che la persona handicappata **non** convive con altri familiari non lavoratori in grado di prestare assistenza, in caso contrario deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza;
- Che i suddetti periodi di congedo straordinario vengono richiesti in alternativa alle altre persone aventi diritto per la durata complessiva non superiore a due anni nell'arco della vita lavorativa, tenendo conto, comunque, che i periodi suddetti rientrano nel limite massimo complessivo, di due anni di permesso "per gravi e documentati motivi familiari", per i quali l'interessato non ha diritto alla retribuzione, riconoscibili a ciascun lavoratore (art. 4, co. 2, L. 53/2000);
- 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 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28/12/2000, n° 445;
- di non fruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i periodi di congedo straordinario sopra richiesti, dei permessi previsti dall'art. 33 della legge 104/1992 per l'assistenza alle persone con handicap;
- di aver già fruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso o altri soggetti  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

A tal fine allega certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap.

Firma del richiedente

Data, \_\_\_\_\_

.....