

**CONGEDO STRAORDINARIO BIENNALE RETRIBUITO
PER ASSISTENZA FAMILIARI CON HANDICAP GRAVE**

(Art. 42 ,commi da 5 a 5 quinquies del Decreto Legislativo n. 151 del 2001, come modificato dal Decreto Legislativo n. 119 del 2011 e dal Decreto Legislativo 30 giugno 2022, n. 105)

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. "G.A. Cesareo"

Il/Lasottoscritto/a _____, nato/a a _____

(____), il _____, residente a _____, via _____

_____ codice fiscale _____

tel. _____, e-mail _____ in servizio presso Questa

Istituzione Scolastica in qualità di con contratto a tempo indeterminato

CHIEDE

In qualità di:

Coniuge convivente della persona con handicap grave

parte di un'unione civile

convivente di fatto

oppure in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente, della parte di un'unione civile o del convivente di fatto

padre o madre naturale o adottivo/a, anche se non convivente con il figlio, oppure in caso di decesso, mancanza in presenza di patologie invalidanti del padre e della madre, anche adottivi,

figlio convivente,

oppure in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti dei figli conviventi

fratelli o sorelle conviventi,

parente o affine entro il terzo grado conviventi,

di fruire del congedo straordinario spettante per la persona in condizione di handicap grave, accertato ai sensi dell'art.4, comma 1 della legge n.104/1992 e della relativa indennità in base all'art.42 comma 5 del D.Lgs. 151/2001 ess.mm.ii. per i periodi di seguito indicati, secondo le seguenti modalità:

intero

frazionato

dal _____ al _____ tot gg. _____

dal _____ al _____ tot gg. _____

dal _____ al _____ tot gg. _____

Per assistere il disabile sotto indicato:

Cognome _____ Nome _____ nata/o

_____ il _____ residente _____ in

_____ Cap _____

A TAL FINE DICHIARA

- di essere convivente con la persona in condizione di disabilità grave (la convivenza non è richiesta per l'assistenza verso i figli da parte del padre e della madre);
- che il portatore di handicap grave è stato accertato ai sensi dell'art. 4 comma 1, della Legge 104/1992 dalla Asl di in data Rivedibile: SI NO
- che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverato a tempo pieno;
- che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso soggetto in situazione di handicap;
- di aver già fruito, in tutta la vita lavorativa, di congedi straordinari retribuiti per il presente familiare disabile per i seguenti periodi:

dal _____ al _____ tot gg. _____

dal _____ al _____ tot gg. _____

dal _____ al _____ tot gg. _____

DICHIARA INOLTRE

- che non sono stati usufruiti da altri aventi diritto giorni di congedo straordinario retribuito per lo stesso familiare disabile (max 2 anni per disabile);
- che sono stati fruiti da altri familiari aventi diritto (indicare cognome, nome, data di nascita, tipologia di parentela con il disabile, luogo di lavoro)

congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:

dal _____ al _____ tot gg. _____

dal _____ al _____ tot gg. _____

dal _____ al _____ tot gg. _____

La/il sottoscritta/o si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate come il ricovero a tempo pieno del portatore di handicap, la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL, etc...

Il/la sottoscritto/a, è inoltre consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Dichiara inoltre che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e che è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni mendaci (art.495c.p. e artt.75 e 76 del DPR 445/2000).

FIRMA

ALLEGATI

Certificato rilasciato dalla commissione ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art.4L. 104/92

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art13D.Lgs. 196/2003) I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D.Lgs.n.196 del 30/06/2003; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto.

I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione. L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.