**Richiesta congedo biennale per assistenza soggetto con handicap in situazione di gravità**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_) Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ in servizio presso questa scuola in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di usufruire del congedo biennale retribuito di cui all’ ***art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001 come modificato dall’art. 4 del d.lgs. n. 119 del 2011***, nei seguenti periodi:

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

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

## DICHIARA

**consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazione false dirette a procurare indebitamente le prestazione richieste, la presente è resa ai sensi degli artt. 46 e 47 d.P.R. n. 445 del 2000.**

**ASSENZA DI RICOVERO DEL DISABILE**

* che il genitore da assistere è stato riconosciuto in condizioni di disabilità grave ai sensi dell’art.3 comma 3, della legge 104/1992;
* che mio/mia madre/padre disabile in situazione di gravità non è ricoverato/a a tempo pieno;

**REQUISITO DELLA CONVIVENZA**

* che provvederà ad instaurare la convivenza con il familiare disabile in situazione di gravità entro l’inizio del periodo di congedo richiesto e a conservarla per tutta la durata dello stesso (sentenza della Corte Costituzionale, 7 dicembre 2018, n. 232);

**REQUISITO DELLA MANCANZA**

* che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito per assistere il medesimo soggetto;
* di aver già fruito nell’arco della propria vita lavorativa, per assistere altri familiari disabili di periodi di congedo straordinario retribuito per un numero di giorni, pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che il genitore in situazione di disabilità grave non ha altri figli conviventi;
* che il coniuge del soggetto da assistere è persona affetta da patologie invalidanti riconosciute dalla l. 104 art. 3 comma 3;
* che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno;

di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione di notizia a situazione dichiarata nel presente modulo, di essere altresì consapevole che l’amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni di dichiarazioni false, potrà subire un procedimento e decadere da eventuali benefici ottenuti.

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_