

**OGGETTO: Domanda di congedo straordinario per assistenza a persona
disabile in situazione di gravità ai sensi della Legge n. 388/2000,
art.80, c.2 – D.Lgs. n. 151/01, art.42, c.5 – Legge n. 350, art. 3,
c.106 – Sentenza Corte Costituzionale n.19 del 30/01/2009**

Il/La sottoscritto/a _____

Codice fiscale _____ nato/a il _____

nato/a a _____ prov. (_____) Stato _____

cittadinanza _____

residente in _____ prov. (_____) Stato _____

indirizzo _____ cap _____

telefono _____ cellulare _____

indirizzo e-mail _____

in servizio presso codesta Istituzione Scolastica, in qualità di _____

con contratto di lavoro a tempo indeterminato

CHIEDE

1. di usufruire del congedo straordinario spettante al
coniuge/genitore/fratello/sorella/figlio/a di persona disabile in situazione di
gravità e della relativa indennità per il seguente familiare disabile:

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____

residente in _____ prov.(_____)Stato _____

indirizzo _____ cap _____

2. di poter usufruire dei congedi straordinari con pagamento della relativa indennità, nei
seguenti periodi:

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

DICHIARA*

- di essere convivente con il disabile in situazione di gravità
- che il disabile in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno

- che il disabile in situazione di gravità è ricoverato a tempo pieno ma i sanitari della struttura hanno richiesto la mia presenza (allega documentazione)
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi ex legge 104/92 per la stessa persona disabile in situazione di gravità/che beneficia dei permessi ex legge 104/92 per la stessa persona disabile in situazione di gravità il/la Sig./ra _____
- che altri familiari della persona disabile in situazione di gravità hanno già usufruito di n.giorni di congedo straordinario per la stessa persona in situazione di gravità
- che i soggetti, di seguito elencati, conviventi con il disabile in situazione di gravità e legittimati alla fruizione del congedo, sono mancanti/deceduti/affetti da grave patologia (in tale caso allegare certificazione medica)

nome e cognome parentela stato

- di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto disabile dal _____ al _____ gg. _____
dal _____ al _____ gg. _____
presso Azienda/Ente _____
via _____ n. _____
città _____ matricola aziendale n. _____
- di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti per "gravi e documentati motivi familiari" (art. 4 comma 2, Legge n. 53/2000)
dal _____ al _____ gg. _____
dal _____ al _____ gg. _____
presso Azienda/Ente _____
via _____ n. _____
città _____

Si allega:

1. Copia del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente Commissione medica legge 104/92 operante presso ASL 8 Arezzo - Zona Valdarno;
2. Copia del documento di identità del disabile;
3. Dichiarazione di scelta del disabile.

Consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste

Data _____

FIRMA _____

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento

* Barrare tutte le voci che interessano