

Oggetto: **Richiesta di congedo biennale retribuito per assistenza ad un familiare disabile.**

I sottoscritt_ _____, nat_ a
_____ il _____ residente a
_____ via _____
n° _____ cap. _____, in servizio presso codesta Istituzione Scolastica
in qualità di _____ con contratto di lavoro a tempo
indeterminato/determinato

CHIEDE

di fruire di un periodo di congedo straordinario per assistere il/la (indicare il
grado di parentela) _____
in situazione di handicap grave dal ___/___/_____ al ___/___/_____.

A tal fine il/la sottoscritto/a, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445,

DICHIARA

1. di essere coniuge convivente/genitore/figlio convivente/fratello o sorella
convivente/parente o affine convivente entro il terzo grado (cancellare quanto non
interessa) di _____
nat_ a _____ il _____ residente
a _____ via _____
cap. _____, in situazione di handicap grave così come attestato da
n° _____

documentazione
allegata;

2. di aver titolo a fruire dei benefici previsti dall'art. 42 c. 5 del D.Lgs 151/2001;

3. di essere convivente della persona che si intende assistere (escluso il caso del genitore che non è tenuto ad essere convivente);

4. che il familiare portatore di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno presso istituti di cura ed assistenza (salvo il caso in cui la presenza del familiare sia richiesta dalla struttura sanitaria);

5. nel caso dei genitori, che l'altro genitore sig./ra _____ nato/a a _____
il ___/___/_____ è lavoratore dipendente presso _____

usufruisce del congedo biennale di cui all'art. 42 c. 5 del D.Lgs 151/2001 alternativamente al sottoscritto.

non usufruisce del congedo biennale retribuito.

non usufruisce negli stessi giorni neppure delle misure di cui all'art. 33 del D.Lgs 26 marzo 2001 n.151 (prolungamento del congedo parentale) e all'art. 33, comma 3, della L. 104/1992 (3 giorni di permesso mensili).

6. che non vi sono altri familiari maggiorenni lavoratori dipendenti che fruiscono del medesimo congedo per assistere lo stesso soggetto;

7. che intende fruire del permesso in modo continuativo/frazionato (cancellare quanto non interessa);

8. di aver già fruito in precedenza nell'ambito del presente rapporto di lavoro o del precedente rapporto di lavoro dei seguenti periodi di congedo straordinario retribuito e non retribuito .

Numero giorni di congedo straordinario retribuito fruiti ad oggi: _____;

Numero giorni di congedo non retribuito fruiti ad oggi: _____.

Allegati:

- certificazione relativa al riconoscimento della gravità dell'handicap di cui all'art. 3 c. 3 della L. 104/1992
- certificazione della patologia invalidante

Data

Firma
