



DIREZIONE DIDATTICA STATALE
5° CIRCOLO - DON GIUSEPPE PUGLISI
CERIGNOLA

via Terminillo snc – tel. e fax 0885.426807
sito web: vcircolocerignola.com
e-mail: fggee03200n@istruzione.it - fggee03200n@pec.istruzione.it
71042 Cerignola (FG)
cod. fisc.: 90004670718 cod. mecc.: FGEE03200N



**DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE IL
GENITORE DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA’
(art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001, come modificato dal dlgs 119/2011)**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap

Il/La sottoscritto/a _____ nato il _____ a _____ ,

C.F. _____ , residente in _____ (_____)

Via _____ n. _____ in servizio presso questa scuola in qualità di

CHIEDE

Ai sensi dell’art. 42, comma 5 D.L.vo N. 151/2001 di poter fruire di un congedo straordinario retribuito per assistere il padre/la madre sig./ra _____

nato/a a _____ prov _____ il _____

C.F. _____ residente a _____ in

via _____, in situazione di disabilità grave riconosciuta ai

sensi dell’art.3 comma 3, della legge 104 del 5 febbraio 1992;

intero, dal _____ al _____ per mesi: _____ gg. : _____

frazionato, dal _____ al _____ per mesi: _____ gg. : _____

dal _____ al _____ per mesi: _____ gg. : _____
dal _____ al _____ per mesi: _____ gg. : _____
dal _____ al _____ per mesi: _____ gg. : _____
dal _____ al _____ per mesi: _____ gg. : _____

DICHIARA

1. di essere convivente con il genitore (medesima residenza);
2. che il genitore da assistere è stato riconosciuto in condizioni di disabilità grave ai sensi dell'art.3 comma 3, della legge 104/1992;
3. che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito per assistere il medesimo soggetto;
4. di aver già fruito di periodi di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto per un numero di mesi: _____ gg. _____ dal _____ al _____
numero di mesi: _____ gg. _____ dal _____ al _____
5. 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 _____;
6. che il genitore in situazione di disabilità grave non ha altri figli conviventi;
7. che il coniuge del soggetto da assistere è mancante, deceduto o affetto da patologie invalidanti;
8. che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno;
9. 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 _____