



CIRCOLO DIDATTICO
CERIGNOLA
“DON GIUSEPPE PUGLISI”

Via Montegrappa 2, 71042 Cerignola (FG)
Codice meccanografico FGEE03200N – Codice Fiscale 90004670718
TEL. 0885426807

Mail PEO: FGEE03200N@ISTRUZIONE.IT –Mail PEC: FGEE03200N@PEC.ISTRUZIONE.IT

**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. : _____



CIRCOLO DIDATTICO
CERIGNOLA
“DON GIUSEPPE PUGLISI”

Via Montegrappa 2, 71042 Cerignola (FG)
Codice meccanografico FGEE03200N – Codice Fiscale 90004670718
TEL. 0885426807

Mail PEO: FGEE03200N@ISTRUZIONE.IT –Mail PEC: FGEE03200N@PEC.ISTRUZIONE.IT

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 _____