Al Dirigente Scolastico

8° C.D. Rosmini

A N D R I A

La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente ad Andria (BT) in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio c/o l’8° C.D. Rosmini, col profilo insegnante scuola primaria con contratto a tempo indeterminato

chiede

di usufruire di un **Congedo Retribuito per assistenza a portatore di handicap in situazione di gravità a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** per assistenza alla propria figlia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per i gravi motivi sottoelencati:

- situazioni che comportano un impegno particolare del dipendente nella cura e nell’assistenza della persona sopra indicata derivante da patologie acute e croniche che determinano permanente riduzione e perdita dell’autonomia personale,

La sottoscritta, dichiara, inoltre, che il proprio familiare:

1. si trova in situazione di handicap grave riconosciuto ai sensi dell’art.4 c.1 della legge n. 104/92;
2. non è ricoverato a tempo pieno in istituto
3. non presta attività lavorativa.
4. E’ convivente

Si allega alla presente istanza tutta la documentazione che attesta la situazione di gravità del proprio figlio.

La sottoscritta si impegna a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto sopra certificato.

La sottoscritta, inoltre, dichiara di aver usufruito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di congedo

Andria, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La dipendente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visto si autorizza:

Il Dirigente:

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

*(Artt.46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n.445)*

Il/La sottoscritto/a ……………………………………nata/o il ………………………………….. a…………………….Residente a ……………….- (Prov)…………………………………………, Via/viale/str………………………………………………….…………, in servizio presso codesta ……………………………………………….……..in qualità di ……………………., con rapporto di lavoro a tempo……………………

Dichiara

*Di usufruire del congedo biennale retribuito di cui ad art.42, c. 5, D. Lgs n.151/2001, come modificato da sentenze Corte Costituzionale n.233/08/06/2005 e n.19/26/01/2009, in quanto:*

1. Che l’ASL di …………………………….., nella seduta del………………..ha riconosciuto la gravità dell’handicap (ai sensi dell’art..3 comma 3 della legge 104/1992), di:
2. Cognome e Nome……………………………………………………………… grado di parentela……………………………………………………..….(vedovo/vedova/nubile)
3. Data e luogo di nascita…………………………………….il …………………………….
4. Residente a………………………………………., (Prov.)………………………………, Via/viale/str……………………………………………, come risulta dalla certificazione che si allega.
5. Di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;
6. Che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverata/to a tempo pieno presso istituti specializzati.
7. Che nessun’altro famigliare beneficia del congedo per lo stesso soggetto portatore di handicap;
8. Di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all’indirizzo sopra indicato;
9. Di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità;

dall’……………………….al…………………….per giorni……..

\_ di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che l’amministrazione possono effettuare i controlli sulla veridicità delle documentazioni amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n.445.

AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

data (Firma richiedente)

………………

*Si attesta l’adempimento delle disposizioni in materia di controllo delle dichiarazioni sostitutive di certificazione.*

Il Dirigente