

Oggetto: **Domanda di congedo straordinario per assistere disabili in situazione di gravità.**

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il

qualifica

Scuola Plesso

Con rapporto di impiego a

CHIEDE

di usufruire del congedo straordinario spettante ai genitori o affidatari di persona disabili in situazione di gravità della relativa indennità (art.42 T.U. sulla maternità e paternità – decreto legislativo n. 151/2001:

dal al per giorni

DICHIARA

Che il Sig./ra nato/a il

- disabile in situazione di gravità non è ricoverato/a a tempo pieno
- disabile in situazione di gravità è ricoverato/a a tempo pieno ma è stata richiesta dai sanitari della struttura la mia presenza (allego documentazione)
- Che nessun altro familiare beneficia dei permessi ex legge 104/92 per la stessa persona disabile in situazione di gravità.
- Che altri familiari hanno già usufruito di n. giorni di congedo straordinario per assistere mio/a figlio/a disabile in situazione di gravità.
- Che nessun altro familiare beneficia dei permessi ex legge 104/92 per la stessa persona disabile in situazione di gravità.
- Di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti e non retribuiti per lo stesso soggetto:

dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	per giorni	<input type="text"/>	retribuzione	<input type="text"/>
dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	per giorni	<input type="text"/>	retribuzione	<input type="text"/>
dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	per giorni	<input type="text"/>	retribuzione	<input type="text"/>
dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	per giorni	<input type="text"/>	retribuzione	<input type="text"/>
dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	per giorni	<input type="text"/>	retribuzione	<input type="text"/>

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità e che per la fruizione del congedo in oggetto ricorrono le condizioni previste dalla legge e dalle circolari applicative che la regolano. Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti.

Si impegna a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:

- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL
- le modifiche al periodo di congedo richiesto

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

data

firma :

Visto
Il Dirigente Scolastico
(Alessio Perpolli)