

**Oggetto: Domanda di congedo straordinario per assistito con disabilità grave**

Al Dirigente scolastico

Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_) e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, - (\_\_) in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tempo determinato/indeterminato,

CHIEDE

ai sensi dell’art. 4, comma 2 delLA Legge 8/3/2000, dell’art. 80 della Legge 388 del 2000, art.42, comma 5 D. Lgs. 151 del 2001, di usufruire del congedo straordinario spettante all’assistito di persona in condizione di handicap grave, e della relativa indennità per i seguenti periodi:

dal giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_ per complessivi giorni: \_\_\_

dal giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_ per complessivi giorni: \_\_\_

dal giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_ per complessivi giorni: \_\_\_

dal giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_ per complessivi giorni: \_\_\_

Per assistere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(assistito), grado di parantela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in condizioni di disabilità grave (art. 3, comma 3 Legge 104/1992) accertata dalla commissione ASL di

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

DICHIARA

Ai sensi del DPR 445/00:

Di essere convivente con l’assistito in condizione di disabilità grave o residente nel medesimo stabile con lo stesso numero civico

che l’assistito è vedovo/a

che l’assistito non ha altri figli o non convive con alcuno di essi

che l’assistito non ha fratelli o sorelle o non convive con alcuno di essi

di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto

che l’assistito non sia ricoverata a tempo pieno, salvo che, in tal caso, sia richiesta dai sanitari la presenza del soggetto che presta assistenza.

dal giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_ per complessivi giorni: \_\_\_

dal giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_ per complessivi giorni: \_\_\_

dal giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_ per complessivi giorni: \_\_\_

dal giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_ per complessivi giorni: \_\_\_

Io sottoscritto mi impegno a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 gg. dall’avvenuto cambiamento.

Si usufruisce del seguente permesso in forma esclusiva

Si usufruisce del seguente permesso in forma condivisa

Si Si

Indicare di seguito i dati del lavoratore dipendente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Distinti Saluti

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Firma

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