

**RICHIESTA CONGEDO BIENNALE  
PER ASSISTENZA PERSONA IN SITUAZIONE DI HANDICAP (PER FIGLI O AFFIDATI)**

Al Dirigente Scolastico  
I.I.S. A. Volta  
Pescara

**Oggetto:** Richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in servizio presso questa scuola in qualità di \_\_\_\_\_

COMUNICA

che il/la proprio/a figlio/affidato \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ è portatore di handicap che necessita di assistenza permanente, continuativa e globale, ai sensi della legge n.104/92.

Consapevole delle sanzioni di legge per le dichiarazioni mendaci

**Chiede**

di usufruire del congedo straordinario spettante per assistere il/la disabile in situazione di gravità e della relativa indennità (art. 42 T.U. sulla maternità e paternità - decreto legislativo n. 151/2001)

**Periodi di congedo richiesti**

Chiedo di poter usufruire dei congedi straordinari, con pagamento della relativa indennità, nei seguenti periodi:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Dichiara**

- che mio figlio/a non è coniugato/a o non convive con il coniuge
- che il coniuge convivente di mio/a figlio/a disabile in situazione di gravità è mancante, deceduto ovvero affetto da patologie invalidanti (**allegare certificato di morte ovvero idonea documentazione sanitaria che attesti la/e patologia/e invalidante/i**)
- che mio/a figlio/a non svolge attività lavorativa
- che mio/a figlio/a non è ricoverato/a a tempo pieno ovvero che sia stata richiesta la presenza di un familiare dalla struttura sanitaria (**allegare originale della richiesta**)
- l'altro genitore/affidatario non sta usufruendo del congedo per lo stesso periodo oggetto della presente richiesta
- di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_  
presso l'Ente \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_
- di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari" (art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000)  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_  
presso l'Ente \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_
- che l'altro genitore o affidatario ha usufruito di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo straordinario retribuito per la stessa persona in condizione di disabilità grave

**consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false**

**dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



I.I.S. A. Volta  
Via Volta, 15 65129 Pescara  
Telefono 0854313848 Fax 0854316159



e-mail: [peis00600b@istruzione.it](mailto:peis00600b@istruzione.it) p.e.c.: [peis00600b@pec.istruzione.it](mailto:peis00600b@pec.istruzione.it) web site: [www.iisvoltapescara.gov.it](http://www.iisvoltapescara.gov.it)

Visto  
Il Direttore dei SS.GG.AA.  
Dott. Fabrizio Costantini

Visto si concede  
Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Maria Pia Lentini

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento

#### In caso di adozione/affidamento

data del provvedimento di adozione/affidamento \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
rilasciato dal tribunale di \_\_\_\_\_ provvedimento n. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Dichiarazione del familiare del disabile in situazione di gravità che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute

io sig. \_\_\_\_\_ ho prestato questa  
dichiarazione in qualità di (grado di parentela) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Firma del familiare \_\_\_\_\_

Attesto che tale dichiarazione è stata resa dal sig. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (estremi di un documento di riconoscimento) \_\_\_\_\_

il quale ha altresì dichiarato di essere (grado di parentela) \_\_\_\_\_  
del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

\_\_\_\_\_ Luogo e data Timbro e firma dell'addetto

#### Dichiarazione del disabile in situazione di gravità che non sa o non può firmare

Attesto che tale dichiarazione è stata resa in mia presenza dal dichiarante, identificato mediante (estremi di un documento di riconoscimento) \_\_\_\_\_

il quale mi ha altresì dichiarato che non sa firmare o che non può firmare a causa di un impedimento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Luogo e data Timbro e firma dell'addetto

Spazio riservato al Pubblico Ufficiale

#### Dati e dichiarazione del/la figlio/a disabile

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nato il (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ C. A. P. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

#### Dichiaro (in caso di soggetto maggiorenne)

- di essere figlio/a del richiedente con il quale convivo e dal quale intendo essere assistito
- di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla competente Commissione (art. 4, comma 1, della legge n.104/1992) di \_\_\_\_\_
- di non essere ricoverato a tempo pieno
- che non presterò attività lavorativa nei periodi di congedo fruiti dal richiedente

firma \_\_\_\_\_

Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento

#### Dati e dichiarazione del tutore / curatore / amministratore di sostegno

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nato il (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ C. A. P. \_\_\_\_\_



I.I.S. A. Volta  
Via Volta, 15 65129 Pescara  
Telefono 0854313848 Fax 0854316159



e-mail: [peis00600b@istruzione.it](mailto:peis00600b@istruzione.it) p.e.c.: [peis00600b@pec.istruzione.it](mailto:peis00600b@pec.istruzione.it) web site: [www.iisvoltapescara.gov.it](http://www.iisvoltapescara.gov.it)

Visto  
Il Direttore dei SS.GG.AA.  
Dott. Fabrizio Costantini

Visto si concede  
Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Maria Pia Lentini

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

---  
nella sua qualità di: **tutore /curatore / amministratore di sostegno**

Se l'interessato è soggetto a tutela, a curatela o ad amministrazione di sostegno, la presente dichiarazione è resa e sottoscritta rispettivamente dal tutore o dall'interessato con l'assistenza del curatore o dell'amministratore di sostegno.(art.5 del DPR 445/2000).

**Dati del disabile in situazione di gravità**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

---  
Nato il (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

---  
Indirizzo \_\_\_\_\_ C. A. P. \_\_\_\_\_

**Dichiaro che il disabile in situazione di gravità**

- è figlio del richiedente
- è in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla competente Commissione (art. 4, comma 1, della legge n.104/1992) di \_\_\_\_\_
- non è ricoverato a tempo pieno
- non presterà attività lavorativa durante i periodi congedo fruiti dal richiedente

firma \_\_\_\_\_

**Documentazione allegata** (da non presentare se già allegata a precedenti domande di permessi ex lege 104/92)

Certificato rilasciato dalla competente Commissione attestante lo stato di handicap in situazione di gravità

Copia del decreto di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno.

Altro (indicare) \_\_\_\_\_



I.I.S. A. Volta  
Via Volta, 15 65129 Pescara  
Telefono 0854313848 Fax 0854316159



e-mail: [peis00600b@istruzione.it](mailto:peis00600b@istruzione.it) p.e.c.: [peis00600b@pec.istruzione.it](mailto:peis00600b@pec.istruzione.it) web site: [www.iisvoltapescara.gov.it](http://www.iisvoltapescara.gov.it)

Visto  
Il Direttore dei SS.GG.AA.  
Dott. Fabrizio Costantini

Visto si concede  
Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Maria Pia Lentinio