

**RICHIESTA CONGEDO BIENNALE
PER ASSISTENZA PERSONA IN SITUAZIONE DI HANDICAP (PER FRATELLO/SORELLA)**

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 fratello/sorella _____ 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/mia fratello/sorella disabile in situazione di gravità non è ricoverato a tempo pieno ovvero che la presenza del familiare sia richiesta dalla struttura sanitaria (**allegare l'eventuale richiesta**)
- che mio/mia fratello/sorella disabile in situazione di gravità non svolge attività lavorativa
- di essere l'unico/a fratello/sorella convivente con mio/mia fratello/sorella disabile in situazione di gravità (**stesso numero civico anche se in interni diversi**)
- che l'altro/gli altri fratelli/sorelle convivente/i di mio/mia fratello/sorella disabile in situazione di gravità è/sono deceduto/i ovvero affetto/i da patologia/e invalidante/i (**allegare certificato di morte ovvero idonea documentazione sanitaria che attesti la/e patologia/e invalidante/i**)
- che l'altro/gli altri fratelli/sorelle convivente/i di mio/mia fratello/sorella disabile in situazione di gravità è/sono mancanti ovvero ha/hanno rinunciato a prestare assistenza (**allegare rinuncia degli altri figli con firma in originale e data coincidente con quella della presente domanda**)
- che il/i figlio/i convivente/i di mio/mia fratello/sorella disabile in situazione di gravità è/sono mancante/i, deceduto/i ovvero affetto/i da patologia/e invalidante/i (**allegare certificato di morte ovvero idonea documentazione sanitaria che attesti la/e patologia/e invalidante/i**)
- che l'altro/gli altri figlio/i non è/sono convivente/i con mio/mia fratello/sorella disabile in situazione di gravità
- che mio fratello/sorella disabile in situazione di gravità non è coniugato/a o non convive con il coniuge
- che il coniuge convivente di mio/a fratello/sorella 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 i genitori di mio/a fratello/sorella disabile in situazione di gravità sono entrambi mancanti, deceduti ovvero affetti da patologie invalidanti (**allegare certificato di morte ovvero idonea documentazione sanitaria che attesti la/e patologia/e invalidante/i**)



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



e-mail: peis00600b@istruzione.it p.e.c.: peis00600b@pec.istruzione.it web site: 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

- che l'unico genitore vivente di mio/a fratello/sorella disabile in situazione di gravità è mancante ovvero affetto da patologie invalidanti (**allegare certificato di morte ovvero idonea documentazione sanitaria che attesti la/e patologia/e invalidante/i**)
- che altri familiari (diversi dal richiedente) di mio/a fratello/sorella hanno già usufruito complessivamente di n. __ __ __ giorni di congedo straordinario retribuito per la stessa persona disabile in situazione di gravità
- 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 _____

Consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste

Data _____

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

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 fratello o della sorella 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 fratello / sorella del richiedente con il quale convivo e dal quale intendo essere assistito



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



e-mail: peis00600b@istruzione.it p.e.c.: peis00600b@pec.istruzione.it web site: 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

- 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 durante i 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. _____

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 fratello / sorella del richiedente con il quale convive e dal quale intende essere assistito
- 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 p.e.c.: peis00600b@pec.istruzione.it web site: 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