AL DIRIGENTE SCOLASTICO ISTITUTO COMPRENSIVO “GIOVANNI FALCONE”

# OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza a persona in situazione di handicap

*grave* ***ai sensi art*** *42, comma 5* ***D.L.vo*** *N.ISIN00I(cx* ***L. 35/2000, a*rt *4).***

la sottoscritto/a nato/a a

 ,CF , residente in

Via n. in servizio presso questa Istituzione Scolastica in

qualità di

# CHIEDE

di usufruire per il periodo dal al del congedo biennale per l’assistenza a persona in situazione di handicap grave si *sensi dell’art. 42, comma 5 del D.L.vo N. J51/2001 (ex L. 53/2000, art. 4),* per il proprio familiare: cnimome *e nome*

*grado di parentela*

***residente*** *a via* per 11 quale la Commissione medica della ASL di nella seduta de1 ha riconosciuto la gravità de11’handicap ai sensi dell’art. 3, comma 3, della Legge 104/1992 *(vedi documentazione allegata).*

*DICIDARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI L DELL’ATTO DI NOTOROTA )*

# IL/LA SOTTOSCRITTO/A

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, ai sensi degli artt. 46 e 47(R) del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa),

# DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità

* di essere convivente\*\* con il familiare disabile sopraindicato;

*il requisito della co*rr*viveraa può ritenersi soddisfatto quando colui che presta assistenza e il disabile assistito hanno la medesima residenza anagrafica owero, in* cnso *contrario, quando uno dei due soggetti abbia fissato la propria dimora temporanea prezso la residenza dell’altro e quindi ris*t‹*lti iscritto, ai sensi dell ’art. 32 del D. P.R*

*n. 223 del 30/5/1989, nello schedario della popolazione temporanea del comune*

* che il familiare disabile in situazione di gravità sopraindicato non è ricoverato presso una struttura pubblica o privata;
* di essere attualmente l’unico familiare che assiste il disabile in situazione di gravità sopraindicato;

 di non aver fruito in precedenza del congedo biennale ai *sensi art. 42, comma 5 D.L. vo N. I 51/2001 (cx L. 5312000, art. 4);*

 di aver già usuòuito del congedo biennale ai *sensi art. 42, comma 5 D.L.vo N,151/2001 (ex. L.*

*55/2000, art. 4)* nei seguenti periodi:

dal al per complessivi dal al per complessivi dal al per complessivi dal al per complessivi

 di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autoceróficato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degù artt. 71, 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

data

Firma

*Allegati.*

*- verbale commissione medica della IL di n. del*

 *relativa al familiare per il quale si richiede il congedo,*