

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.151/2001(ex L. 53/2000, art.4).**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, 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 ai sensi  
dell'art. 42, comma 5 del D.L.vo N. 151/2001 (ex L. 53/2000, art. 4), per il proprio familiare:

cognome e nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

per il quale la Commissione medica della ASL di \_\_\_\_\_

nella seduta del \_\_\_\_\_ ha riconosciuto la gravità dell'handicap ai sensi dell'art. 3,  
comma 3, della Legge 104/1992 (vedi documentazione allegata).

*(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETA')*

**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 convivenza può ritenersi soddisfatto quando colui che presta assistenza e il disabile assistito hanno la medesima residenza anagrafica ovvero, in caso contrario, quando uno dei due soggetti abbia fissato la propria dimora temporanea presso la residenza dell'altro e quindi risulti 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.151/2001 (ex L. 53/2000, art. 4);

di aver già usufruito del congedo biennale ai sensi art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001 (ex L. 53/2000, 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/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

*Allegati:*

- verbale commissione medica della ASL di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
relativa al familiare per il quale si richiede il congedo;

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