**RICHIESTA DEL CONGEDO BIENNALE**

**AI SENSI DELL’ART. 80 DELLA LEGGE N° 338 DEL 23/12/2000**

Al Dirigente Scolastico

Dell’Istituto Comprensivo di Serrastretta

# Oggetto: richiesta congedo straordinario biennale retribuito per assistenza familiare in situazione di handicap

\_l\_ sottoscritt\_ nat\_ il \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_)

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso codesta Istituzione Scolastica, in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato

Consapevole delle sanzioni di legge per le dichiarazioni mendaci ai sensi dell’art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000, così come modificato ed dall’art. 15 della legge 16.1.2003,

# chiede

In qualità di:

\_ coniuge convivente della persona con handicap grave

\_ padre o madre naturale adottivo

\_ figlio convivente

\_ fratello o sorella convivente

\_ parente o affine entro il terzo grado conviventi

Di voler usufruire di un periodo di congedo straordinario biennale retribuito,

dal giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un totale di giorni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per l’ assistenza del sotto indicato familiare in situazione di handicap:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_

**comunica**

che il proprio familiare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_è portatore di handicap che necessita di assistenza permanente, continuativa e globale, ai sensi della Legge n. 104/1992.

**Dichiara**

* Che il coniuge convivente risulta essere: \_\_\_mancante \_\_\_deceduto \_\_\_presenza di patologia invalidanti.
* Che da parte degli altri aventi diritto Sigg.ri\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ non vi è contemporaneità di fruizione del congedo.
* Che per il proprio familiare, per il periodo richiesto, non è ricoverato in una struttura pubblica o privata.
* Che in precedenza non ha fruito del congedo ovvero di aver fruito dei seguenti periodi nell’ambito dello stesso o di altro precedente rapporto di lavoro:

dal al ; dal al ; dal al ; dal al ; dal al ; dal al ;

*Si allega:*

* *Copia certificato attestante l’handicap rilasciato dalla competente commissione medica legge 104/1992 operante presso l’ASL*
* *Autodichiarazione rilasciata dagli altri aventi diritto Sig.ri* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*di non aver fruito del congedo ovvero attestante i periodi di congedo fruiti*

 *lì*  Firma