

Al Dirigente Scolastico

I.C. 5 MODENA

**OGGETTO: Richiesta di congedo per assistenza persona con handicap in situazione di gravità –
Articolo 42, comma 5, D.L.vo 151/2001.**

VISTO l'art. 4, comma 2, della legge 8/03/2000 n. 53 che istituisce i congedi per eventi e cause particolari;;
VISTO l'art. 42, comma 5, del D.L.vo 151/2001 che disciplina la fruizione del congedo sopra citato a favore dei dipendenti titolari dei benefici di cui all'art. 33, comma 3, della L. 104/1992 per l'assistenza a congiunti con handicap in situazione di gravità;

Il/la sottoscritto/a nato/a il

a in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità

di con contratto di lavoro a tempo

CHIEDE

di usufruire dal al di un periodo di congedo ex art. 42, comma 5 e successivi,

D.L.vo 151/2001, per l'assistenza al
(genitore/figlio/coniuge/fratello/sorella)

nato il a in quanto riconosciuto persona con handicap in
situazione di gravità secondo le condizioni previste dall'art. 3, comma 3, della L. 104/1992;

Modena,

Firma

Al fine di ottenere il riconoscimento del diritto al predetto beneficio, il/la sottoscritto/a

**consapevole, ai sensi dell'art. 76 del DPR n.
445 del 28/12/2000, delle sanzioni di legge previste in caso di dichiarazioni mendaci, compresa la
decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera,**

DICHIARA

che la certificazione della competente commissione medica dell'ASL, attestante che il

nato il a
(genitore/figlio/coniuge/fratello/sorella)

residente in Via n. è "persona con handicap in situazione di gravità" secondo le condizioni previste dall'art. 3, comma 3, della L. 104/1992, risulta agli atti della Scuola ;

di essere **convivente** con il e di mantenere la
(genitore/figlio/coniuge/fratello/sorella)
convivenza per tutto il periodo di congedo richiesto;

che nessun altro eventuale avente diritto usufruisce, o ha fatto richiesta di usufruire, dal al del beneficio ex art. 42, comma 5 del D.L.vo 151/2001, né dei benefici ex art. 33, comma 3, della L. 104/1992;

che nell'intera vita lavorativa ho usufruito dei seguenti periodi di "congedo straordinario **non retribuito** per gravi e documentati motivi familiari" ex art. 4, comma 2, della L. 53 del 08/03/2000 ed ex art. 42, comma 5, del D.L.vo 151/2001:

dal al datore di lavoro
anni/mesi/giorni

dal al datore di lavoro
anni/mesi/giorni

dal al datore di lavoro
anni/mesi/giorni

dal al datore di lavoro
anni/mesi/giorni

dal al datore di lavoro
anni/mesi/giorni

dal al datore di lavoro
anni/mesi/giorni

dal al datore di lavoro
anni/mesi/giorni

dal al datore di lavoro
anni/mesi/giorni

dal al datore di lavoro
anni/mesi/giorni

dal al datore di lavoro
anni/mesi/giorni

dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	<input type="text"/>	datore di lavoro	<input type="text"/>
					anni/mesi/giorni	
dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	<input type="text"/>	datore di lavoro	<input type="text"/>
					anni/mesi/giorni	
dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	<input type="text"/>	datore di lavoro	<input type="text"/>
					anni/mesi/giorni	

che nell'intera vita lavorativa ho usufruito dei seguenti periodi di congedo retribuito per assistere "un soggetto con handicap in situazione di gravità" ex art. 42, comma 5 e successivi, del D.L.vo 151/2001:

dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	<input type="text"/>	datore di lavoro	<input type="text"/>
					anni/mesi/giorni	
dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	<input type="text"/>	datore di lavoro	<input type="text"/>
					anni/mesi/giorni	
dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	<input type="text"/>	datore di lavoro	<input type="text"/>
					anni/mesi/giorni	
dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	<input type="text"/>	datore di lavoro	<input type="text"/>
					anni/mesi/giorni	
dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	<input type="text"/>	datore di lavoro	<input type="text"/>
					anni/mesi/giorni	
dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	<input type="text"/>	datore di lavoro	<input type="text"/>
					anni/mesi/giorni	
dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	<input type="text"/>	datore di lavoro	<input type="text"/>
					anni/mesi/giorni	
dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	<input type="text"/>	datore di lavoro	<input type="text"/>
					anni/mesi/giorni	
dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	<input type="text"/>	datore di lavoro	<input type="text"/>
					anni/mesi/giorni	

anni/mesi/giorni

dal al datore di lavoro

anni/mesi/giorni

dal al datore di lavoro

anni/mesi/giorni

Oche per l'assistenza al (genitore/figlio/coniuge/fratello/ sorella)

sono già stati fruiti, dal sottoscritto e dagli altri aventi titolo a fianco indicati, i seguenti periodi di congedo ex art. 42, comma 5 e successivi, della D.Lvo. 151/2001:

dal al beneficiario
anni/mesi/giorni

dal al beneficiario
anni/mesi/giorni

dal al beneficiario
anni/mesi/giorni

dal al beneficiario
anni/mesi/giorni

dal al beneficiario
anni/mesi/giorni

dal al beneficiario
anni/mesi/giorni

dal al beneficiario
anni/mesi/giorni

dal al beneficiario
anni/mesi/giorni

dal al beneficiario
anni/mesi/giorni

dal al beneficiario
 anni/mesi/giorni

dal al beneficiario
 anni/mesi/giorni

dal al beneficiario
 anni/mesi/giorni

che il (genitore/figlio/coniuge/fratello/sorella) , da assistere non è coniugato;

che il (genitore/figlio/coniuge/fratello/sorella) , da assistere ha il coniuge:

- mancante;
- deceduto;
- non lavoratore dipendente; affetto da patologie invalidanti;

che i genitori del disabile sono entrambi mancanti, ovvero deceduti, ovvero affetti da patologie invalidanti;

che il genitore con handicap in situazione di gravità non ha altri figli,

ovvero sono mancanti

ovvero sono affetti da patologie invalidanti;

che il (genitore/figlio/coniuge/fratello/sorella) è persona con handicap in situazione di gravità” secondo le condizioni previste dall’art. 3, comma 3, della L. 104/1992, **non risulta attualmente ricoverato/a a tempo pieno** presso una struttura di cura ed assistenza;

che il (figlio/fratello/sorella) , “persona con handicap in situazione di gravità” è un minore ricoverato a tempo pieno e necessita di assistenza (allegare documentazione sanitaria);

che il (genitore/figlio/coniuge/fratello/sorella) persona con handicap in situazione di gravità” è ricoverato in stato vegetativo persistente e/o in situazione terminale (allegare documentazione sanitaria);

che il (genitore/figlio/coniuge/fratello/sorella) persona con handicap in situazione di gravità” è ricoverato presso una struttura di cura ed assistenza, ma deve recarsi al di fuori della struttura per effettuare prestazioni specialistiche;

che il (genitore/figlio/coniuge/fratello/sorella) persona con handicap in situazione di gravità” è ricoverato presso una struttura sanitaria che ha richiesto l’assistenza del familiare;

che si impegna a comunicare qualsiasi variazione di notizia o situazione dichiarata nel presente modulo, essendo consapevole che l'amministrazione può provvedere in ogni momento al controllo della veridicità di quanto dichiarato e, in caso di accertata falsità delle dichiarazioni, essere assoggettato alle sanzioni di legge, ivi compresa la decadenza dai benefici fruiti.

MODENA

Il/La Dichiarante

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(art. 13 del d.lgs. n. 196 del 30/06/2003 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")
L'Istituzione Scolastica, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati raccolti con le presenti dichiarazioni saranno trattati nel rispetto delle norme contenute nel Codice, della legge e dei regolamenti al fine di espletare la funzione amministrativa su base sanitaria. Il trattamento dei dati avverrà ad opera di dipendenti dell'Istituzione Scolastica opportunamente attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare l'impossibilità o ritardi nella definizione del procedimento che la riguarda. L'Istituzione Scolastica La informa infine che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice in argomento, rivolgendosi direttamente all'addetto responsabile competente all'istruttoria della presente domanda.

Si allega:

in busta chiusa con la scritta "contiene dati sensibili – da aprirsi da parte dell'addetto", copia conforme all'originale del certificato rilasciato dalla competente commissione medica legge 104/1992 operante presso l'ASL, attestante che il (genitore/figlio/coniuge/ fratello/sorella)

nato il

a , residente in

Via è "persona con handicap in situazione di gravità"
secondo le condizioni previste dall'art. 3, comma 3, della L. 104/1992;

dichiarazione di altro eventuale avente diritto di non fruire e di non aver fatto richiesta di fruire, nel periodo dal al del congedo ex art 42, comma 5, del D.L.vo. 151/2001, né dei permessi ex art 33, comma 3, della L. 104/1992, per l'assistenza a

nato il

a

copia di documento d'identità valido