



ISTITUTO COMPRESIVO DI BRISIGHELLA

P.tta G. Pianori, 4 – 48013 Brisighella (RA) – Tel 0546-81214
Cod.Fisc. 81001800390–Cod.Mecc. RAIC80700A-Cod.Fatt.U F4HBY

E-mail: raic80700a@istruzione.it -PEC: RAIC80700A@PEC.ISTRUZIONE.IT

SITO WEB: www.icbrisighella.gov.it



Al Dirigente Scolastico

Oggetto: richiesta di congedo straordinario per assistere parente o affine entro il terzo grado disabile in situazione di gravità (art. 42, c. 5, D. Lgs. 26/03/2001 n. 151)

_____ a _____
pr (_____) il _____ e residente a _____ pr (_____)
cap (_____) in _____
in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di _____ ,
con contratto a tempo _____ ;

CHIEDE

di usufruire del congedo straordinario di cui art. 42, c. 5, D. Lgs. 26/03/2001 n. 151, per assistere
_____ disabile in situazione di gravità accertata, parente
o affine entro il terzo grado, nei seguenti periodi:

dal _____ al _____ - dal _____ al _____ - dal _____ al _____

A tal fine _____ , ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445,

DICHIARA

- che la persona da assistere non è ricoverata a tempo pieno (*qualora lo fosse, allegare dichiarazione della struttura sanitaria che attesti la necessità dell'assistenza da parte del familiare avente diritto al beneficio*)
- di essere convivente con la persona da assistere
- che i soggetti legittimati dalla legge alla fruizione del congedo (secondo il seguente ordine di priorità: il coniuge convivente, entrambi i genitori, i figli conviventi e i fratelli o sorelle conviventi) sono mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti (*indicare la situazione riferita alla domanda*)
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi Legge 05/02/1992 n. 104 per la stessa persona disabile in situazione di gravità
- che altri familiari del coniuge hanno già usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona disabile in situazione di gravità

- di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per il medesimo soggetto per i seguenti periodi:
dal _____ al _____ - dal _____ al _____ - dal _____ al _____
- di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti “per gravi e documentati motivi familiari” (art. 4, c. 2, Legge 08/03/2000 n. 53) per i seguenti periodi:
dal _____ al _____ - dal _____ al _____ - dal _____ al _____

si impegna inoltre a comunicare al datore di lavoro qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.

_____, _____ li, _____ Firma

Dati e dichiarazione del soggetto disabile

_____ a _____
 pr (_____) il _____ e residente a _____ pr (_____) cap
 (_____) in _____
 tel/cell _____

DICHIARA

- di essere _____ del richiedente con il quale convive
- di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla competente Commissione (art. 4, c. 1, della Legge 05/02/1992 n. 104) di _____
- di non essere ricoverato a tempo pieno (*qualora lo fosse, allegare dichiarazione della struttura sanitaria che attesti la necessità dell'assistenza da parte del familiare avente diritto al beneficio*)

_____, _____ li, _____ Firma

Documentazione allegata:

- copia fotostatica autenticata del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente commissione medica Legge 05/02/1992 n. 104 operante presso l'ASL
- copia fotostatica del documento di identità
- nei casi previsti, dichiarazione della struttura sanitaria presso la quale il disabile è ricoverato a tempo pieno attestante la necessità dell'assistenza da parte del familiare interessato a beneficiare dei giorni di congedo straordinario
- nei casi previsti, certificato di decesso o certificazione di invalidità del coniuge o dei genitore o dei figli o dei fratelli o sorelle dell'assistito

Firma Digitale (Dirigente / Dsga)