



ISTITUTO COMPRENSIVO 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 fratello o sorella disabile in situazione di gravità (art. 42, c. 5, D. Lgs. 26/03/2001 n. 151, come modificato dalla Legge 24/12/2003 n. 350)

_____ 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 spettante ai _____ conviventi di persone disabili in situazione di gravità per i 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 _____ disabile in situazione di gravità non è ricoverato/a 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 _____ disabile in situazione di gravità
- che _____ disabile in situazione di gravità:
 - non è coniugato/a o non convive con il coniuge
 - è coniugato/a, ma il coniuge è affetto/a da patologia invalidante (*allegare documentazione*)
 - è vedovo/a (*allegare documentazione*)
 - è stato coniugato/a, ma il coniuge è deceduto/a (*allegare documentazione*)
 - è separato/a legalmente o divorziato/a (*allegare documentazione*)
 - è coniugato/a, ma in situazione di abbandono (*allegare documentazione*)

Dati del coniuge della persona disabile in situazione di gravità:

_____ a _____
pr (_____) il _____ CF _____

- che il padre di mio _____ disabile in situazione di gravità:
 - è affetto da patologia invalidante
 - è deceduto
 - ha abbandonato mio
 - non ha riconosciuto mio

Dati del padre della persona disabile in situazione di gravità:

_____ nato _____ a _____
pr (_____) il _____ CF _____

- che la madre di mio _____ disabile in situazione di gravità:
 - è affetta da patologia invalidante
 - è deceduta
 - ha abbandonato mio
 - non ha riconosciuto mio

Dati della madre della persona disabile in situazione di gravità:

_____ nata _____ a _____
pr (_____) il _____ CF _____

- che _____ disabile in situazione di gravità non ha figli con _____ conviventi
- che _____ disabile in situazione di gravità ha figli, ma questi sono affetti da patologia invalidante (*allegare documentazione*)

Dati dei figli conviventi con la persona disabile in situazione di gravità:

_____ a _____
pr (_____) il _____ CF _____

_____ a _____
pr (_____) il _____ CF _____

_____ a _____
pr (_____) il _____ CF _____

- 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 (diversi richiedente) 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 fratello/della sorella disabile

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

DICHIARA (solo se maggiorenne)

- 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*)

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

_____ li, _____

_____ Firma