

Al Dirigente Scolastico
Liceo Artistico
Latina

**RICHIESTA CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTENZA
FAMILIARE CON HANDICAP**

La sottoscritta nata a
il e residente a (....) Via
..... tel..... email
..... docente con contratto a tempo indeterminato di scuola secondaria
secondo grado, in servizio presso codesta istituzione scolastica,

CHIEDE

ai sensi dell'art. 4 comma 2 della legge n. 53 dell'8.3.2000, dell'art. 80 della legge 388/2000 (finanziaria 2001), dell'art. 42 comma 5 del T.U. delle disposizioni legislative in materia di sostegno della maternità e della paternità di cui al decreto legislativo 26.3.2001 n. 151, come modificato dalla Legge n. 350/2003, nonché dei commi da 5 a 5-quinquies dall'art. 4, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 18 luglio 2011 n. 119, **di fruire di un periodo di congedo straordinario**, spettante ai familiari di persone in condizione di disabilità grave, **per assistere il coniuge/familiare in situazione di handicap grave.**

PERIODI DI CONGEDO RICHIESTI

chiedo di poter usufruire dei congedi straordinari, con pagamento della relativa indennità, nei seguenti periodi: **dal** **al**

A tal fine la sottoscritta, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445,

DICHIARA

quanto segue:

1. di svolgere attività lavorativa alle dipendenze del Liceo Artistico di Latina con contratto a tempo indeterminato;
2. di essere convivente con il coniuge/familiare _____, nato a _____ C.F. _____, in condizione di handicap grave, accertato ai sensi dell'art. 4 comma 1, della L. 104/92 e delle relative indennità;
3. di aver titolo a fruire dei benefici previsti dall'art. 33 della legge 104/92 e di non usufruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i periodi di congedo straordinario indicati in questo modulo dei permessi previsti dall'art. 33 della Legge 104/1992 per l'assistenza alle persone in condizione di disabilità grave;
4. che il proprio coniuge/genitore, portatore di handicap grave, non è ricoverato a tempo pieno;
5. che il proprio coniuge/genitore, portatore di handicap grave, non è impegnato in attività lavorativa;
6. che non ci sono familiari in grado di prendersi cura del disabile;
7. che nel periodo di congedo nessun familiare usufruirà dei permessi orari e giornalieri previsti dall'art. 33 della L. 104/92;

8. di aver già fruito in precedenza nell'ambito del presente rapporto di lavoro o del precedente rapporto di lavoro di periodi di congedo straordinario per assistere il proprio coniuge per i seguenti periodi:

.....
.....

DICHIARA INOLTRE

Di impegnarsi a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni dichiarate con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero a tempo pieno del portatore di handicap;
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL.

La sottoscritta inoltre è consapevole che l'Amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false può subire una condanna penale o decadere da eventuali benefici ottenuti.

Dichiara inoltre che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e che è consapevole delle conseguenze civili e penali per chi rende attestazioni mendaci (art. 495 c.p. e artt. 75 e 76 del DPR 445/2000).

Data,

Documentazione già in possesso dell'istituzione scolastica: