

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
IPSEOA "G. PASTORE"  
VARALLO – GATTINARA

**OGGETTO: DOMANDA DI PERMESSO STRAORDINARIO BIENNALE RETRIBUITO PER ASSISTENZA A PORTATORE DI HANDICAP GRAVE.**

Il/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_ nato/a a: \_\_\_\_\_ prov: \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale: \_\_\_\_\_; residente a: \_\_\_\_\_ prov: \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in servizio presso questo istituto in qualità di  docente con contratto a tempo  determinato  
 ATA  indeterminato

#### CHIEDE

Di assentarsi per usufruire del **congedo biennale** retribuito di cui ad art. 42, c. 5, D. Lgs n. 151/2001, come modificato da sentenze Corte Costituzionale n. 233/08.06.2005 e n. 19 /26.01.2009, in quanto:

- Genitore della persona disabile di età  inferiore ai 3 anni  
 superiore
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità (*se figlio, deve essere autocertificato se esistono altri fratelli che coabitano con i genitori e, nel caso esistano, che non abbiano richiesto di usufruire di tale beneficio*);

Chiede inoltre che tale congedo sia

**INTERO** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi \_\_\_\_\_, gg. \_\_\_\_\_

**FRAZIONATO**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi \_\_\_\_\_, gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi \_\_\_\_\_, gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi \_\_\_\_\_, gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi \_\_\_\_\_, gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi \_\_\_\_\_, gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi \_\_\_\_\_, gg. \_\_\_\_\_

Dichiara di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

**AVVERTENZA:** *il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.*

### DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- ai sensi della legge n. 15/1968 e del DPR 445/2000 di essere effettivamente convivente con il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ (parentela o affinità: \_\_\_\_\_ ) unitamente al/alla quale coabita nel Comune di \_\_\_\_\_ prov: \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ e che la descritta situazione risulta agli atti dell'anagrafe del Comune, avendo adempiuto alle prescrizioni dell'art. 13 del DPR n° 223/89.
- consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 per le false attestazioni e dichiarazioni, di essere l'unico/a ad usufruire dei permessi lavorativi regolati dalla Legge 104/92 per l'assistenza di \_\_\_\_\_

### DATI DEL PORTATORE DI HANDICAP

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ in via/piazza: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Parentela con il dichiarante:  Sé stesso  genitore  coniuge  figlio  parente entro 3° grado

Stato di Handicap accertato dalla ATS di \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_

Disabilità rivedibile?  Sì  No

### STATO DI FAMIGLIA DEL PORTATORE DI HANDICAP

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	PROFESSIONE*

*\*) Nella professione va indicata anche la condizione non lavorativa e va precisato se titolare di pensione di inabilità lavorativa al 100% o invalidità civile superiore ai 2/3 (in questi ultimi casi vanno allegate le relative certificazioni).*

**AVVERTENZA:** *Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità. Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato, ma deve essere documentato con certificazione medica.*

Il richiedente dichiara che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap.

Data \_\_\_\_\_

Firma (*leggibile*) \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE**

---

Il/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_ nato/a a: \_\_\_\_\_ prov: \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

DICHIARO

sotto mia personale responsabilità, ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e pertanto di non avvalermi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Data \_\_\_\_\_

Firma (*leggibile*)

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE**

---

Il/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_ nato/a a: \_\_\_\_\_ prov: \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

DICHIARO

sotto mia personale responsabilità, ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e pertanto di non avvalermi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Data \_\_\_\_\_

Firma (*leggibile*)

\_\_\_\_\_

# DICHIARAZIONI SOSTITUTIVA DI AUTOCERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. 445/2000)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000 dichiaro che:

- presto assistenza continuativa ed esclusiva alla persona per la quale viene chiesto il congedo;
- che la persona per la quale viene chiesto il congedo non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
- necessito delle agevolazioni per esigenze legate alla situazione di disabilità;
- non ci sono altri familiari conviventi oppure che nessuno degli altri conviventi è nelle condizioni di poter prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona per la quale viene chiesto il congedo;
- le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità;
- sono consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e perdere gli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione;
- sono consapevole che le agevolazioni sono strumento di assistenza al disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente opera di assistenza;
- sono consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;

Inoltre, mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione, della situazione di fatto e di diritto, da cui consegue la perdita delle agevolazioni.

Data \_\_\_\_\_

Firma (*leggibile*)  
\_\_\_\_\_

## **ALLEGATI**

- Certificato rilasciato dall'ASL attestante lo stato di gravità dell'Handicap;
- Certificato del medico specialista (in attesa venga consegnato il certificato rilasciato dall'ASL)
- Altra documentazione: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Visto,  **SI CONCEDE**

**NON SI CONCEDE**

Il Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_