All. 2)

**RICHIESTA CONGEDO STRAORDINARIO BIENNALE RETRIBUITO PER ASSISTENZA A FAMILIARE CON**

**HANDICAP GRAVE ai sensi dell’art. 42, comma 5, del D. Lgs 26 marzo 2001, n. 151 e successive modifiche e integrazioni**

Il/La sottoscritto/a

nato/a a il

in servizio presso

residente a in via \_ n. ,

* con rapporto di lavoro a tempo pieno;
* con rapporto di lavoro a tempo parziale al %, con articolazione □ orizzontale □ verticale □ mista

# chiede

di poter usufruire del congedo retribuito ai sensi dell’art. 42, comma 5, del D. Lgs. 26 marzo 2001, n. 151 e successive modificazioni ed integrazioni, nei seguenti periodi:

dal al ; dal al ;

dal \_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_; dal \_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; per assistere il/la proprio/a

□**coniuge o convivente l.36/76 o parte unione civile**

# figlio

* **genitore**

# fratello/sorella

* **altro parente/affine fino al terzo grado** *(indicare parentela)*

Sig./ra

residente a in via \_n.

A tal fine, a conoscenza delle sanzioni penali previste dall’ art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni

mendaci

# DICHIARA

* di essere convivente con il parente da assistere ovvero di avere insieme residenza e coabitazione (come da circolare 01/2012 FP);
* ovvero, con riferimento ai periodi richiesti, di avere dimora temporanea presso la residenza dell’assistito/a in quanto iscritto/a nello schedario della popolazione temporanea ai sensi dell’ art. 32 del D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223 del Comune di ;
* che il proprio parente ha assunto, per i periodi richiesti, la dimora temporanea presso la residenza del/la sottoscritto/a in quanto è iscritto nello schedario della popolazione temporanea del Comune di ai sensi dell’ art. 32 del D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223;
1. che il parente da assistere è stato riconosciuto in condizione di handicap grave ai sensi dell’art. 3, comma 3, della

legge n. 104/1992 con verbale del dell’INPS di ;

1. che sono state già riconosciute al/alla sottoscritto/a le agevolazioni di cui all’ art. 33, comma 3, della stessa legge, con nota n. del ;

□ che nei su indicati periodi di assenza nessun altro familiare dell’assistito/a fruisce del medesimo congedo

retribuito;

1. che la situazione familiare del proprio parente disabile è la seguente (***da compilare nel caso si presti assistenza a soggetto diverso dal coniuge)***

# non è coniugato;

* + **è unito civilmente ovvero convivente l.76/16**

# il coniuge (o parte unione civile o convivente l.76) dell’assistito/a, Sig./ra

* + è mancante perché \_
	+ è affetto da patologie invalidanti *(****allegare certificazione*\***);

# che i genitori dell’assistito/a:

Sig.

* + è mancante perché
	+ è affetto da patologie invalidanti (***allegare certificazione*\***);

Sig.ra

* + è mancante perché
	+ è affetta da patologie invalidanti (***allegare certificazione*\***);
1. che il parente da assistere: (*da compilare nel caso si presti assistenza a soggetto diverso dal coniuge*)

□ **non ha altri parenti prossimi conviventi**

* + **ha i seguenti parenti prossimi conviventi:**

- Sig./ra (grado di parentela)

* è affetto/a da patologie invalidanti (***allegare certificazione*\***)
* non è lavoratore/lavoratrice dipendente

 □ è lavoratore/lavoratrice dipendente presso la seguente amm.ne/ente/azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- Sig./ra

 □ è affetto/a da patologie invalidanti (***allegare certificazione*\***)

□ non è lavoratore/lavoratrice dipendente

 □ è lavoratore/lavoratrice dipendente presso la seguente amm.ne/ente/azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. Che il/la sottoscritto/a, presso questa amministrazione ovvero presso altri datori di lavoro pubblici e/o privati

**per il familiare in parola:**

* + ha già fruito di n. giorni di congedo retribuito
	+ ha già fruito per n. giorni del congedo **non** retribuito per gravi e documentati motivi familiari (art. 4, comma 2, legge 8 marzo 2000, n. 53)

**per altri familiari** (*indicare relazione di parentela e cognome e nome*)

* + ha già fruito di n. giorni di congedo retribuito
	+ ha già fruito di n. giorni di congedo **non** retribuito per gravi e documentati motivi familiari (art. 4, comma 2, legge 8 marzo 2000, n. 53);
1. che il soggetto disabile:
	* non è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria;
	* è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o comunque strutture pubbliche o private che assicurano assistenza sanitaria, ma i sanitari hanno richiesto la presenza del/la sottoscritto/a (**allegare certificazione**);
2. di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione della situazione di fatto e di diritto dichiarata nel presente modulo, di essere altresì consapevole che l’Amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni mendaci, potrà subire un procedimento penale e decadere da eventuali benefici ottenuti;
3. di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196/03 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega documentazione la seguente documentazione:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 , lì

*(Firma per esteso e leggibile del dichiarante)*

Visto del Dirigente

**VISTA** la delibera del collegio dei docenti n. 4 del 02/09/2020 con la quale si trasmette al collegio la Direttiva dirigenziale sulle assenze;

**VISTA** la circolare n. 1, prot.6484 del 01/09/2020 recante per oggetto “Anno scolastico 2020-2021\_Trasmissione DIRETTIVA sulle ASSENZE, PERMESSI, CONGEDI, L.104/92”.**VISTA** la Direttiva dirigenziale sulle assenze, prot. 6484 del 01/09/2020, nello specifico in cui si specifica che “*Il congedo va richiesto al dirigente scolastico almeno 60 giorni prima della fruizione dello stesso al fine di consentire il controllo preventivo di regolarità contabile di cui all'articolo 7, del decreto legislativo n.123 del 30 giugno 2011 e all'articolo 33, comma 4, del decreto legge n.91 del 24 giugno 2014, convertito con modificazioni dalla legge n.116 dell'11 agosto 2014. Qualora, per motivate ragioni di urgenza, il dipendente dovesse necessitare di fruire del suddetto congedo in tempi inferiori ai 60 giorni, il dirigente ne concederà la fruizione ma, qualora il successivo controllo di regolarità contabile non dovesse essere superato, il lavoratore avrà l’obbligo di trasformare la propria richiesta di congedo retribuito in un periodo di aspettativa non retribuita”.*

La sottoscritta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l’immediata fruizione del congedo biennale, a partire da giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e fino a giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per motivi urgenti e straordinari.

**DI CONSEGUENZA**

**Consapevole della difficoltà per il dirigente scolastico di adempiere alle dovute e meticolose indagini in merito alla presenza dei presupposti per autorizzare la fruizione del congedo biennale di cui alla presente domanda**

**AUTORIZZA**

Lo stesso, qualora il successivo controllo di regolarità contabile effettuato dalla competente Ragioneria Territoriale dello Stato di Messina, non dovesse essere superato, a trasformare la propria richiesta di congedo retribuito in un periodo di aspettativa non retribuita senza imputare alcuna mancanza alla scuola rispetto alle eventuali obiezioni da parte degli organi competenti.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_