



Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo "Foscolo"  
42010 TOANO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_  
con contratto di lavoro a tempo  **in determinato**  **determinato**

### CHIEDE

di usufruire, ai sensi dell'art. 42, comma 5, D.L.vo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003, del congedo straordinario spettante ai genitori o affidatari di persone disabili in situazione di gravità per i seguenti periodi:

dal _____	al _____	per complessivi gg. _____
dal _____	al _____	per complessivi gg. _____
dal _____	al _____	per complessivi gg. _____
dal _____	al _____	per complessivi gg. _____

A tal fine il/la sottoscritto/a, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445,

### DICHIARA

- Che il figlio disabile in situazione di gravità non è 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*)
- Che il figlio disabile in situazione di gravità:
  - non è coniugato o non convive con il coniuge
  - è coniugato, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante (*allegare documentazione*)
  - è vedovo/a (*allegare documentazione*)
  - è separato legalmente o divorziato (*allegare documentazione*)
  - è coniugato, ma in situazione di abbandono (*allegare documentazione*)

Dati del coniuge della persona disabile in situazione di gravità:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

- Che nessun altro familiare beneficia dei permessi ex legge 104/92 per la stessa persona disabile in situazione di gravità
- Che l'altro genitore beneficia dei permessi giornalieri per la stessa persona disabile in situazione di gravità anche alternativamente al sottoscritto
- Che altri familiari 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 \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_

Di aver già usufruito di congedi straordinario non retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari" (art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000) per i seguenti periodi:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

#### IN CASO DI ADOZIONE/AFFIDAMENTO

Data del provvedimento di adozione/affidamento \_\_\_\_\_

Rilasciato dal Tribunale di \_\_\_\_\_ Provvedimento n. \_\_\_\_\_



#### DICHIARAZIONE DEL FIGLIO DISABILE (solo se maggiorenne)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

- Di essere figlio o affidato del richiedente
- Di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla competente Commissione (art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992) 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*)

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_



### **DOCUMENTAZIONE ALLEGATA**

- *Copia fotostatica autenticata del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente Commissione medica legge 104/1992 operante presso l'ASL*
- *Copia fotostatica del documento di identità*
- *Eventualmente 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*
- *Altro \_\_\_\_\_*