

Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo ARCO
SEDE

**RICHIESTA DI CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO PER ASSISTENZA AL
CONIUGE O PARTE DELL'UNIONE CIVILE/CONVIVENTE DI FATTO**

(Art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001)

Il/La sottoscritto/a _____ matricola _____
nato/a a _____ il _____ residente in _____;
in servizio in qualità di insegnante presso la scuola _____:
dipendente a tempo ☐ indeterminato ☐ determinato
con orario di lavoro ☐ tempo pieno ☐ tempo parziale
☐ orizzontale per n. ____ ore
☐ verticale per n. ____ ore
☐ verticale annuale per n. ____ ore

In qualità di **coniuge o parte dell'unione civile o convivente di fatto** (di cui all'art. 1, comma 36 della Legge 76/2016) di
persona con disabilità con necessità di sostegno molto elevato, ai sensi dell'art.3, comma 3, della legge 104/

CHIEDE

di usufruire del congedo straordinario retribuito per assistenza al coniuge, o parte dell'unione civile, o convivente di fatto,
Sig./ra _____ nato/a a _____ prov (____) il
____/____/____ con condizione di disabilità con necessità di sostegno molto elevato, stabilita dal Centro sanitario
territoriale competente, con verbale n. _____ di data _____;

PER I PERIODI

dal ____/____/____ al ____/____/____ e dal ____/____/____ al ____/____/____
dal ____/____/____ al ____/____/____ e dal ____/____/____ al ____/____/____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di
atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione
non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità delle dichiarazioni comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e
agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445),

DICHIARA

- ☐ di convivere o di avere la medesima residenza con il coniuge o con la parte dell'unione civile o con il convivente di fatto, ovvero di avere la residenza nello stesso stabile e al medesimo numero civico;
- ☐ **che la persona assistita non è ricoverata a tempo pieno in ospedale o in strutture assistenziali e/o sanitarie;**
- ☐ che lo/a stesso/a non presterà alcuna attività lavorativa durante i periodi di congedo fruiti dal richiedente;
- ☐ che i genitori e/o gli altri fratelli/sorelle del coniuge o della parte dell'unione civile o del convivente di fatto, non hanno mai usufruito del congedo straordinario per l'assistenza al medesimo soggetto;

OVVERO (in alternativa):

- ☐ che i genitori e/o gli altri fratelli/sorelle del coniuge o della parte dell'unione civile o del convivente di fatto, hanno già usufruito, complessivamente, di n. _____ giorni di congedo straordinario per assistenza al medesimo soggetto;
- ☐ di aver usufruito, per l'assistenza al coniuge o alla parte dell'unione civile o al convivente di fatto, dei seguenti periodi di aspettativa non retribuita per gravi ragioni personali:

dal ____/____/____ al ____/____/____ e dal ____/____/____ al ____/____/____
dal ____/____/____ al ____/____/____ e dal ____/____/____ al ____/____/____

☐ di aver usufruito, per il coniuge o la parte dell'unione civile o al convivente di fatto, dei seguenti periodi di congedo straordinario presso altro datore di lavoro (NO PAT):

dal ____/____/____ al ____/____/____ e dal ____/____/____ al ____/____/____

dal ____/____/____ al ____/____/____ e dal ____/____/____ al ____/____/____

☐ di aver fruito, successivamente al periodo di congedo straordinario richiesto in precedenza, **solo nel caso in cui non si fosse ripresa l'attività lavorativa**, delle seguenti giornate:

☐ _____ di permesso, ai sensi dell'art. 33, comma 3 della Legge 104/92;

☐ _____ di assenza, dal servizio a diverso titolo (ferie, permessi non retribuiti, permessi retribuiti, ecc.) ai sensi dell'art. 33, comma 3 della Legge 104/92;

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che durante i periodi di congedo straordinario non spetta l'assegno di cura previsto dalla L.P. n° 15/2012.

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA INOLTRE AD INFORMARE TEMPESTIVAMENTE L'AMMINISTRAZIONE DI OGNI MUTAMENTO DELLE SITUAZIONI DICHIARATE ED IN PARTICOLARE:

- ☐ del ricovero a tempo pieno dell'assistito;
- ☐ della revisione del giudizio di gravità da parte della commissione medico legale territoriale competente;
- ☐ della richiesta di modifica ai periodi di congedo richiesti ovvero dell'intervenuta causa di sospensione della fruizione;
- ☐ dell'eventuale decesso della persona assistita.

Il/La sottoscritto/a dichiara infine di aver preso visione dell'informativa generale privacy del Servizio per il reclutamento e la gestione del personale della scuola ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679 del 2016 consultabile nella sezione "Documenti e dati" del sito ufficiale della Provincia autonoma di Trento o direttamente al seguente link: [Informativa generale privacy Servizio per il reclutamento e gestione del personale della scuola - Provincia autonoma di Trento](#)

Luogo e data _____ Firma del dipendente _____

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, la presente dichiarazione è stata:

- ☐ sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore;
- ☐ sottoscritta in presenza del dipendente della segreteria dell'istituto incaricato al ricevimento della domanda (indicare in stampatello il nome del dipendente) _____

A supporto della domanda allega _____

Qualora già in possesso dell'Amministrazione la suddetta documentazione non dovrà essere ulteriormente allegata, purché ancora in corso di validità.

Visto!
LA DIRIGENTE SCOLASTICA
dott.ssa Paola Maroni