

Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo ARCO
SEDE

**RICHIESTA DI CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO
PER ASSISTENZA AI GENITORI
(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 **figlio/a** del/della Sig./ra _____
con grave disabilità, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 104/92,

CHIEDE

di usufruire del **congedo straordinario retribuito per assistenza al genitore** _____
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 avere la medesima residenza con il proprio genitore, ovvero di avere la residenza nello stesso stabile e al medesimo numero civico;
- ☐ che l'assistito non svolge attività lavorativa;
- ☐ **che l'assistito non è ricoverato a tempo pieno in ospedale o in strutture assistenziali e/o sanitarie;**
- ☐ che il coniuge **convivente**, la parte dell'unione civile **convivente** o il convivente di fatto (ai sensi dell'art. 1, comma 36 della Legge 76/2016) della persona con disabilità con necessità di sostegno molto elevato, è:
 - ☐ **mancante**¹ ;
 - ☐ **deceduto**;
 - ☐ **affetto da patologie invalidanti. Allega la seguente documentazione** _____²;

¹ Si fa presente che per mancante deve intendersi non solo una situazione di assenza naturale e giuridica (celibato o stato di figlio naturale non riconosciuto) ma anche ogni altra condizione ad essa assimilabile (divorzio, separazione legale, abbandono), debitamente certificata con provvedimento rilasciato dall'autorità giudiziaria o altra pubblica autorità ovvero comprovata mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

² Per patologie invalidanti debbono intendersi quelle a carattere permanente così come individuate dall'art. 2, comma 1, lettera d), numeri 1, 2 e 3 del decreto interministeriale n. 278/2000.

- ☐ che il coniuge o la parte dell'unione civile o il convivente di fatto, i genitori, i/le fratelli/sorelle o gli altri figli, non hanno mai usufruito del congedo straordinario per assistenza al medesimo soggetto;

OVVERO (in alternativa):

- ☐ che il coniuge o la parte dell'unione civile o il convivente di fatto, i genitori, i/le fratelli/sorelle o gli altri figli, hanno già usufruito, complessivamente, di n. giorni _____ di congedo straordinario per assistenza al medesimo soggetto e non intendono richiederli negli stessi periodi;
- ☐ di aver usufruito, per l'assistenza al genitore, dei seguenti periodi di aspettativa non retribuita per gravi ragioni personali o di famiglia:

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

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

- ☐ di aver usufruito, per il genitore, dei seguenti periodi di congedo straordinario presso altro datore di lavoro (NoPAT):

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;

DURANTE IL PERIODO DI CONGEDO RICHIESTO NON È POSSIBILE, PER L'ALTRO SOGGETTO CHE PRESTA ASSISTENZA (caregiver), LA FRUIZIONE DEL MEDESIMO CONGEDO STRAORDINARIO E DEI PERMESSI DI CUI ALLA L. 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.
- ☐ l'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