

CONGEDO STRAORDINARIO PER FAMILIARE CON HANDICAP GRAVE
(art. 42 comma 5 decreto legislativo n. 151/2001-Dlgs 18/07/2011 n°119 – Sentenza n. 19/2009 e n.158/2007 Corte Costituzionale)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Data.....

Al Dirigente Scolastico
ISTITUTO COMPRENSIVO
PERUGIA 7
PERUGIA

La/il sottoscritta/o C.F.
nata/o a il
residente a in via
in servizio presso tel.
con la seguente qualifica.....
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,

CHIEDE

Di poter usufruire del seguente periodo di congedo straordinario per l'assistenza dei familiari in situazione di handicap grave (art.42 comma 5 del d.lgs.n.151/2001):

dal.....al.....tot. gg.....

(si allega richiesta autorizzata dal Dirigente responsabile ufficio del dipendente richiedente il congedo)

A TAL FINE DICHIARA

di essere l'unico familiare che richiede il beneficio per prestare assistenza alla persona disabile;

di essere convivente con il portatore di handicap.....

(cognome, nome e codice fiscale del portatore di handicap)

grado di parentela.....

che il disabile non è ricoverato a tempo pieno *oppure* la presenza del soggetto che presta assistenza sia richiesta dalla struttura sanitaria presso la quale è ricoverata la persona disabile (si allega relativa documentazione)

che il portatore di handicap grave non è impegnato in attività lavorativa

DICHIARA INOLTRE

di aver già fruito, in tutta la vita lavorativa, di congedi straordinari retribuiti per lo stesso o per altro familiare

Dal..... al tot. gg.....

Dal..... al tot. gg.....

Dal..... al tot. gg.....

Dal..... al tot. gg.....

Dal..... al tot. gg.....

† **di aver già fruito**, in tutta la vita lavorativa, di congedi straordinari **NON** retribuiti “per gravi e documentati motivi familiari” (art 4, comma 2. L.53/2000)

dal..... altot. gg.....

dal..... altot. gg.....

La/il sottoscritta/o si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate come il ricovero a tempo pieno del portatore di handicap, la revisione del giudizio di gravità dell’handicap da parte della Commissione ASL, il decesso del disabile,etc...

Il/la sottoscritto/a, è inoltre consapevole che l’amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Dichiara inoltre che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e che è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni mendaci

(art. 495 c.p. e artt. 75 e 76 del DPR 445/2000).

La/il dipendente_____

ALLEGATI

- richiesta e autorizzazione del Dirigente responsabile ufficio dipendente
- copia conforme all’originale verbale Asl riconoscimento gravità legge104/92
- fotocopia di un documento di identità sottoscritta dall’interessato
-

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art 13 D.Lgs. 196/2003)

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente per la concessione del permesso richiesto e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l’impossibilità di dare corso a quanto richiesto.

Il titolare del trattamento dei dati è il Ministero dell’Istruzione dell’Università e della Ricerca. I dati non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione. L’interessato ha diritto di ottenere l’aggiornamento, la rettificazione, l’integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dai dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.