**DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE IL**

# GENITORE DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA’

**(*art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001, come modificato dal dlgs 119/2011)***

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

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

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

**OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_) Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ in servizio presso questa scuola in qualità di

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

# CHIEDE

Ai sensi dell’art. 42, comma 5 D.L.vo N. 151/2001 di poter fruire di un congedo straordinario retribuito per assistere il padre/la madre sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in situazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell’art.3 comma 3, della legge 104 del 5 febbraio 1992; dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# DICHIARA

1. di essere convivente con il genitore (medesima residenza);
2. che il genitore da assistere è stato riconosciuto in condizioni di disabilità grave ai sensi dell’art.3 comma 3, della legge 104/1992;
3. che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito per assistere il medesimo soggetto;
4. di aver già fruito di periodi di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto per un numero di mesi:\_\_\_\_\_gg. \_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 numero di mesi:\_\_\_\_\_gg. \_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di aver già fruito nell’arco della propria vita lavorativa, per assistere altri familiari disabili di periodi di congedo straordinario retribuito per un numero di giorni, pari a \_\_\_\_\_\_;
2. che il genitore in situazione di disabilità grave non ha altri figli conviventi;
3. che il coniuge del soggetto da assistere è mancante, deceduto o affetto da patologie invalidanti;
4. che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno;
5. di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione di notizia a situazione 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 di dichiarazioni false, potrà subire un procedimento e decadere da eventuali benefici ottenuti.

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

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

**DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**

(da non compilare qualora si richieda per assistere un minore)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

**dichiara:**

o di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

o di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;

o di non essere ricoverato a tempo pieno;

o di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;

o di non prestare attività lavorativa;

o di essere parente di \_\_\_\_\_ grado del richiedente in quanto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

o di voler essere assistito soltanto dal/dalla Sig.\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Si allega copia del documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

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

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

**(Art. 21 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)**

\_\_L\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_, in sevizio in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all’art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell’art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

**D I C H I A R A**

di essere l’unica parente (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) disponibile ad assistere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sig. \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ invalido/a ultrasessantacinquenne - con necessità di assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (vedi certificazione allegata).

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

 Firma

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

*Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell’art. 13 del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

-----------------------------------------------------------

La presente dichiarazione sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono. La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell’impiegato dell’Ente che ha richiesto il certificato. In luogo dell’autenticazione della firma **si allega fotocopia del documento di identità**. La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi. Tale dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000). La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d’ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000). Esente da imposta di bollo ai sensi dell’art. 37 D.P.R. 445/2000.

**Dichiarazione personale dei parenti che non sono in grado di assistere il disabile**

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………………...............…………… figlio/a fratello/sorella/ di (eliminare le voci che non interessano)……………………………disabile in situazione di gravità,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445/2000, così come modificato ed integrato dall’art. 15 della legge 16 gennaio 2003 n. 3 e dall'art.15 comma 1 della legge 183/2011,

* di non essere in grado di effettuare l’assistenza al padre/alla madre/ al fratello/sorella disabile, in situazione di gravità(art. 3 co.3 della L. 104/92 e successive modifiche ed integrazioni), per ragioni esclusivamente oggettive\* tali da non consentire l’effettiva assistenza, di seguito analiticamente indicate, ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........................................................................................................................................................................................................ .

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti nell’art. 33 commi 5 e 7 della legge 104/92.

Data……………………

Firma...........................................................

* Allegare fotocopia carta di identità

***\*Si considerano motivi/ragioni esclusivamente oggettive il trovarsi nelle seguenti condizioni previste ai punto 2,3,4,5 della circolare n.11 del 7.4.2013 Prot.n. 1114 USR Puglia UFFICIO IX – AMBITO TERRITORIALE FOGGIA.***

|  |
| --- |
|  *1) Elencazione delle categorie, previste dal punto V dell’art. 7 del citato C.C.N.I., aventi titolo alla precedenza ex L. 104/92:* |

1. *genitori (precedenza riconosciuta ad entrambi) - anche adottivi – che assistono figlio disabile in situazione di gravità;*
2. *coniuge che assiste l’altro coniuge disabile in situazione di gravità;*
3. *colui che esercita la legale tutela di disabile in situazione di gravità (da documentare con sentenza del Tribunale ovvero con dichiarazione personale, ai sensi di quanto previsto dall’art. 15 della legge 183/2011)*
4. *figlio individuato come* ***referente unico*** *che presta assistenza al genitore disabile in situazione di gravità;*
5. *fratello/sorella, (precedenza da riconoscere solo ad uno di essi) convivente con il disabile in situazione di gravità, nel caso che entrambi i genitori siano deceduti o, perché totalmente inabili, siano impossibilitati a provvedere all’assistenza del figlio disabile grave (è necessario comprovare lo stato di totale inabilità dei genitori con idonea documentazione di invalidità : cfr. punto 4 successivo).*

|  |
| --- |
| * 1. *Situazioni professionali dei familiari/attività svolte.*
 |

 *Su questo punto, l’Ufficio ritiene che, al fine di evitare interpretazioni soggettive****, non saranno considerati gli aspetti legati alle attività professionali svolte dai vari componenti della famiglia.*** *Al riguardo, tuttavia, è bene ricordare che costituiscono eccezione e,* quindi, causa di impedimento *all’assistenza del disabile, le seguenti condizioni:*

1. Esclusiva presenza di figli minorenni del disabile*; b) figli disabili in situazione di gravità; c) soggetti in stato di detenzione; d) suore e religiosi inseriti in contesti che escludono la presenza in famiglia; e) figlio (fratello/sorella del richiedente la precedenza) che assista l’altro genitore disabile.*

|  |
| --- |
| * 1. *Distanza tra il luogo di residenza dell’assistito e la residenza o il luogo di altro familiare.*
 |

*Non vi sono vincoli relativamente a tale requisito, motivo per cui la residenza in altro comune - diverso dal comune dell’assistito - del fratello/sorella del soggetto richiedente, viene considerato impedimento all’attività di assistenza al disabile da parte degli stessi.*

|  |
| --- |
| * 1. *Motivi di salute*
 |

*Quest’’Ufficio, tenuto conto delle disposizioni del CCNI, in particolare degli artt. 7, punto V e 9,* ***non considererà, quale motivo ostativo all’assistenza al disabile, una generica motivazione di salute e, dunque, sarà necessario che dalla documentazione prodotta emergano, con chiarezza, le ragioni oggettive di impedimento all’assistenza, laddove, cioè, il soggetto dimostri, con appositi certificati rilasciati dalle specifiche Commissioni Sanitarie delle ASL, la totale inabilità, o si documenti, con certificato rilasciato da un medico in servizio presso l’ASL, l’oggettiva impossibilità continuativa e l’impedimento a prestare la necessaria assistenza da parte del coniuge del disabile o di altro familiare****.*

|  |
| --- |
| * 1. *Convivenza e ragioni oggettive di impedimento all’assistenza – docenti beneficiari punto V art. 7 CCNI.*
 |

 *Premesso che nell’ipotesi della convivenza, tra il figlio individuato come referente unico richiedente la precedenza e il genitore disabile, non occorre la dichiarazione di impedimento all’assistenza dei fratelli/sorelle, si precisa che il richiedente dovrà documentare tale condizione familiare con dichiarazione personale sotto la propria responsabilità, redatta ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, così come modificato e integrato dall’art. 15 della legge 16 gennaio 2003, n. 3 e dall’art. 15, comma 1 della legge n. 183 del 12 novembre 2011.*

*Riguardo alla convivenza si richiama l’attenzione su quanto previsto dalla nota (8) all’art. 7 del C.C.N.I., che si trascrive: ”Si riconduce il concetto di convivenza a tutte le situazioni in cui sia il disabile che il soggetto che lo assiste abbiano la residenza nello stesso comune, riferita allo stesso indirizzo – stesso numero civico anche se interni diversi (Circolare Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 18 febbraio 2010, prot. n. 3884).”*

*Si chiarisce che nel caso della convivenza dovrà essere stato effettuato il relativo adempimento anagrafico presso il comune di riferimento.*

***Non sarà riconosciuta la precedenza ad alcuno dei figli qualora, oltre al richiedente, convivano con il genitore disabile, un altro/i figlio/i o il coniuge del disabile - primo soggetto obbligato per legge all’assistenza - non impedito all’assistenza per motivi oggettivi.***

***Le ragioni “esclusivamente” oggettive devono risultare, con inequivocabile chiarezza, da ciascuna richiesta prodotta dai soggetti impediti a provvedere all’assistenza con autodichiarazione ex DPR n. 445/2000, così come modificato e integrato dall’art. 15 della legge 16 gennaio 2003, n. 3 e dall’art. 15, comma 1 della legge n. 183 del 12 novembre 2011.***

*Per gli impedimenti derivanti da situazioni professionali dei familiari/attività svolte e da motivi di salute cfr. punti 2) e 4) precedenti.*