



*Ministero dell’Istruzione e del Merito*

***Istituto Comprensivo Statale “G. Cavalcanti”***

*Via Cavalcanti 11 – 20098 San Giuliano Milanese - Tel. 02 9848341*

*Cod.fisc: 80124230154 – Cod.iPA: istsc\_miic8em00q – Cod.univoco: UFEBXL - Sito:* [*www.icscavalcanti.it*](http://www.icscavalcanti.it)

*E-mail:* [*segreteria@icscavalcanti.it*](mailto:segreteria@icscavalcanti.it)*;* [*miic8em00q@istruzione.it*](mailto:miic8em00q@istruzione.it) *- PEC:* [*miic8em00q@pec.istruzione.it*](mailto:miic8em00q@pec.istruzione.it)

Al Dirigente Scolastico

dell’IC CAVALCANTI

**ISTANZA DI CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO PER ASSISTENZA A FAMILIARE DISABILE**

# (art.42, comma 5, d. lgs. 26 marzo 2001, n.151)

Il/La sottoscritto/a (cognome) (nome) nato/a il residente in prov.

via CAP dipendente di codesta Amministrazione con la qualifica di

in servizio presso

Tel. uff. Email

# Chiede

ai sensi dell’art. 42, comma 5, del decreto legislativo 26 marzo 2001, n.151, di fruire di n. giorni di congedo straordinario retribuito dal al per assistere il sotto indicato familiare:

* FIGLIO/A (anche se non convivente)

nato a il (nome e cognome)

* CONIUGE CONVIVENTE

nato a il (nome e cognome)

residente in prov. via CAP

* GENITORE CONVIVENTE

nato a il (nome e cognome)

residente in prov.

via CAP

* FRATELLO CONVIVENTE

nato a il (nome e cognome)

residente in prov. via CAP

* PARENTE O AFFINE ENTRO IL 3° GRADO CONVIVENTE

nato a il (nome e cognome)

residente in prov. via CAP

A tal fine, consapevole, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R n. 445 del 28 dicembre 2000, delle responsabilità amministrative civili e penali previste per dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste,

# Dichiara

* che il familiare da assistere è stato riconosciuto in condizione di disabilità grave, ai sensi dell’art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992,  come da documentazione già agli atti d’ufficio, **oppure**  come da documentazione allegata (che può essere prodotta dall’interessato anche in forma di dichiarazione sostitutiva, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000);
* di essere convivente – ovvero di avere la medesima residenza anagrafica e di coabitare - con il

familiare da assistere in

CAP requisito non è richiesto qualora l’istanza sia prodotta dal genitore del disabile);

via (il

* che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito, né dei permessi di cui all’art.33 della legge n. 104/1992, per assistere il medesimo soggetto (il requisito non è richiesto qualora l’istanza sia prodotta dal genitore del disabile);
* in caso di istanza prodotta dal genitore del disabile, che negli stessi giorni l’altro genitore non fruisce dei benefici di cui all’art.33, commi 2 e 3 della legge n. 104/1992 e 33, comma 1, del d. lgs. n. 151/2001 (permessi e prolungamento del congedo parentale);
* che il soggetto disabile **non è** ricoverato a tempo pieno;
* che la struttura sanitaria presso la quale il disabile **è ricoverato a tempo pieno** ha richiesto espressamente la presenza del familiare che presta assistenza, come da documentazione allegata;
* che non vi sono altri familiari legittimati a fruire, in via prioritaria, del congedo in questione, nell’ordine indicato dalla legge:
  + coniuge convivente: per  mancanza  decesso presenza di patologie invalidanti;
  + genitori: per  mancanza  decesso  presenza di patologie invalidanti;
  + figli conviventi: per  mancanza  decesso  presenza di patologie invalidanti;
  + fratelli o sorelle conviventi: per  mancanza  decesso  presenza di patologie invalidanti,

come da documentazione allegata (che può essere prodotta dall’interessato anche in forma di dichiarazione sostitutiva, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000);

* di aver già fruito, nell’arco della propria vita lavorativa, per assistere il medesimo o altri familiari disabili, di periodi di congedo straordinario **retribuito** per un numero di giorni pari a

/ **oppure**  di non aver fruito, nell’arco della propria vita lavorativa, per assistere il medesimo o altri familiari disabili, di periodi di congedo straordinario **retribuito**;

* che per assistere la stessa persona in condizione di disabilità grave altri familiari hanno già fruito del predetto congedo per un numero di giorni pari a / **oppure**  che nessun altro familiare ha già fruito del predetto congedo per assistere la stessa persona in condizione di disabilità grave;
* di aver già fruito, nell’arco della propria vita lavorativa, di periodi di congedo straordinario **non** retribuito “per gravi e documentati motivi familiari” (art. 4, comma 2, legge n. 53 dell’8 marzo 2000) per un numero di giorni pari a / **oppure**  di non aver fruito, nell’arco della propria vita lavorativa, di periodi di congedo straordinario **non** retribuito “per gravi e documentati motivi familiari” (art. 4, comma 2, legge n. 53 dell’8 marzo 2000);
* di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione di notizia o situazione dichiarata nel presente modulo.

Data,

Firma