



**Ministero dell'Istruzione e del Merito**

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
ISTITUTO COMPrensIVO ANZIO III  
Via Machiavelli, 10/b tel.06/9873212 - Fax 06/9873540 – [mic8c700e@istruzione.it](mailto:mic8c700e@istruzione.it)  
00040 Lavinio di ANZIO – ROMA C.M. RMIC8C700E C.F. 90000150582

Data di arrivo \_\_\_\_\_  
n. di protocollo \_\_\_\_\_  
Tit \_\_\_\_\_ class. \_\_\_\_\_

**Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo Anzio III**

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

I\_/L\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,  
C.F. \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in servizio presso questa scuola in qualità di  
\_\_\_\_\_ con rapporto a tempo  indeterminato  determinato

**CHIEDE**

di usufruire del congedo biennale retribuito di cui all'art. 42, co 5, del D.lgs 151/2001, come modificato da sentenze della Corte Costituzionale n. 233 dell'08/06/2005 e n. 19 del 26/01/2009

A tal fine ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità

**DICHIARA**

- che l'ASL di \_\_\_\_\_ nella seduta del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992) di:  
Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Grado di parentela \_\_\_\_\_ (1) (data adozione/affido) \_\_\_\_\_  
Data e Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ come risulta da documentazione che si allega.
- di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata
- che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati
- di essere convivente (2) con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopraindicato

- che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso portatore di handicap
- che non vi sono parenti ed affini entro il 3° grado non lavoratori che possono fornire assistenza alla persona sopra indicata
- che altri familiari hanno già usufruito di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo straordinario per lo stesso disabile in situazione di gravità
- di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

- di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi \_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi \_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi \_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi \_\_\_\_\_ gg \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera**

- (1) Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento); Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc)
- (2) Il concetto di “convivenza”, pertanto, non viene più ricondotto alla coabitazione, ma a tutte quelle situazioni in cui, sia il disabile che il soggetto che lo assiste hanno la residenza nello stesso Comune, allo stesso indirizzo: stesso numero civico anche se in interni (appartamenti) diversi.

Si allega:

- ✓ Copia fotostatica autenticata del certificato attestante l’handicap rilasciato dalla competente commissione medica, Legge 104/1992, operante presso l’ASL
- ✓ Certificato di nascita del familiare o autocertificazione
- ✓ Autodichiarazione rilasciata dagli altri aventi diritto di non aver fruito del congedo ovvero attestante i periodi di congedofruiti

Il/La Dichiarante

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 38 (L.R.) del T.U. delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa, dichiara di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 del TU delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, DPR N. 445 DEL 28/12/2000

L'incaricato

\_\_\_\_\_  
Qualifica e firma per esteso

Data, \_\_\_\_\_

**VISTA** l'istanza di cui sopra e la documentazione prodotta (fotocopia autentica)

- Si autorizza
- Non si autorizza

La fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni

Data, \_\_\_\_\_

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**(Dott.ssa Maria Teresa D'ORSO)**

