

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO  
FRANCESCO QUERINI  
30171 VENEZIA-MESTRE

**OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza soggetto con handicap in situazione di gravità.**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_),  
Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, in servizio presso codesta Istituzione  
scolastica in qualità di \_\_\_\_\_, con rapporto di lavoro a Tempo  Indeterminato  Determinato

#### CHIEDE

di usufruire del congedo biennale retribuito di cui ad art. 42, c. 5, D. Lgs n. 151/2001, come modificato da sentenze Corte Costituzionale n. 233/08.06.2005 e n. 19 /26.01.2009, Circolare Inps n. 21 del 29/01/2024 e successive modifiche, in quanto:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità (se figlio, deve essere autocertificato se esistono altri fratelli che coabitano con i genitori e, nell'ipotesi che esistano, che non abbiano richiesto di usufruire di tale beneficio);

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

#### DICHIARA

##### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(Artt. 46 e 47 (R) T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000, n. 445

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<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

(data adozione/affido) \_\_\_\_\_ data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_, (Prov. \_\_\_\_\_), Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

come risulta dalla certificazione 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 ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.
- di essere **l'unico referente** a prestare assistenza al disabile in situazione di gravità e che nessun altro familiare beneficia del congedo in questione per lo stesso soggetto o dei permessi retribuiti di cui all'art. 33 co. 3 della Legge 104/1992;
- di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;
- di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

intero,.....dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg. : \_\_\_\_\_

frazionato, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg. : \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg. : \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg. : \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg. : \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg. : \_\_\_\_\_

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 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma

<sup>1</sup> 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.).

**MODELLO DICHIARAZIONE DI INDIVIDUAZIONE DEL REFERENTE UNICO PER L'ASSISTENZA  
DATI E DICHIARAZIONE DEL SOGGETTO DISABILE**  
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE UN MINORE)

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (Prov\_\_\_\_)  
via/piazza \_\_\_\_\_ 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**

- di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di.....il.....;
- di essere in condizione di disabilità, il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di .....grado del Sig./ra .....  
in quanto.....;

consapevole che soltanto un lavoratore può fruire dei permessi per l'assistenza alla stessa persona  
disabile in situazione di gravità, di voler essere assistito soltanto dal  
Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov\_\_\_\_) C.F. \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ (Prov\_\_\_\_).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' E CONSAPEVOLEZZA**  
(resa ai sensi della Circolare n° 13/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica)

  L   sottoscritt \_\_\_\_\_

titolare delle agevolazioni di cui alla L. 104/92, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D. P. R. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti,

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

- di prestare assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- di necessitare delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'Amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

  L   sottoscritt\_ si impegna altresì ad aggiornare la documentazione prodotta a supporto dell'istanza quando ciò si renda necessario, anche a seguito di richiesta dell'Amministrazione.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2, D.Lgs.39/93.  
Ricordarsi di allegare copia del documento di identità