



ISTITUTO COMPRENSIVO

“Tommaso AIELLO”

Via Consolare 119, 90011 Bagheria (PA)

Cod. fisc. 90007720825 e-mail: [paic836001@istruzione.it](mailto:paic836001@istruzione.it)



AL DIRIGENTE SCOLASTICO PROF. NUNZIO SPECIALE  
ISTITUTO COMPRENSIVO “TOMMASO AIELLO”  
VIA CONSOLARE 119 – 90011 BAGHERIA (PA)

**DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO**

(art.42, comma 5, D.lgs. 26 marzo 2001, n.151, come modificato da sentenze Corte Costituzionale n. 233 del 08/06/2005 e n. 19 del 26/01/2009 e dall’art. 4 del D.lgs. n. 119 del 2011,)

Il/La sottoscritto/a..... tel..... in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di [ ] docente a tempo [ ] determinato [ ] indeterminato [ ] Ata a tempo [ ] determinato [ ] indeterminato

**Chiede**

ai sensi dell’art. 42, comma 5, del D.lgs. n.151/2001 di poter fruire di un periodo di congedo straordinario retribuito per assistere il/la sig./sig.ra ..... in rapporto di ..... (indicare il grado di parentela/affinità) con il/la sottoscritto/a, nato/a ..... prov. .... il .....C.F..... in situazione di disabilità grave riconosciuta ai sensi dell’art. 3, comma 3, della legge n. 104 del 5 febbraio 1992:

**intero dal** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **al** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ per un totale di gg. \_\_\_  
**frazionato: dal** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **al** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ per un totale di gg. \_\_\_

A tal fine il/la sottoscritt..., 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**

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

(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)

**Segnare le voci di interesse con una X**

- o che l’ASL di ....., nella seduta del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, ha riconosciuto la gravità dell’ handicap (ai sensi dell’ art. 3 comma 3 della legge 104/92) di Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ grado di parentela/affinità \_\_\_\_\_ Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (prov\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ come risulta dalla certificazione che si allega;

- di essere convivente con il/la sig./sig.ra.....<sup>1</sup>;
- di essere il referente unico della persona disabile (art. 42 comma 5 bis D.lgs 151/2001);
- di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopraindicata;
- di aver titolo a fruire dei benefici previsti dall'art. 42 c. 5 del D.Lgs 151/2001 come modificato e integrato dal D.Lvo 119/2011;
- che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
- che il soggetto da assistere:

non è coniugato;

ovvero che il coniuge del disabile:

- è mancante<sup>2</sup>;
- è deceduto;
- è affetto da patologie invalidanti;

- che i genitori del disabile sono entrambi mancanti, deceduti ovvero affetti da patologie invalidanti<sup>3</sup>;
- che il genitore in situazione di disabilità grave non ha altri figli;
- che gli altri figli del soggetto disabile sono mancanti, deceduti ovvero sono affetti da patologie invalidanti;
- che i fratelli o sorelle conviventi della persona disabile sono mancanti, deceduti ovvero affetti da patologie invalidanti;
- che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito per assistere il medesimo soggetto;
- di aver già fruito di periodi di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto per un numero di giorni pari a.....;
- di aver 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.....;
- che per assistere la stessa persona in condizione di disabilità grave hanno già fruito del predetto congedo i seguenti familiari:

il coniuge (nome..... cognome.....  
C.F.....dipendente presso  
.....) per n..... giorni;

<sup>1</sup> Il requisito della convivenza può ritenersi soddisfatto quando colui che presta assistenza e il disabile assistito hanno la medesima residenza anagrafica ovvero, in caso contrario, quando uno dei due soggetti abbia fissato la propria dimora temporanea presso la residenza dell'altro e quindi risulti iscritto, ai sensi dell'art.32 del D.P.R. n.223 del 30 maggio 1989, nello schedario della popolazione temporanea del comune.

<sup>2</sup> Tale condizione ricorre se il disabile è separato legalmente, divorziato ovvero è coniugato ma si trova in situazione di abbandono accertata dall'Autorità giudiziaria.

<sup>3</sup> L'art. 2 del DPCM n.278 del 21 luglio 2000 individua le seguenti patologie: "1) Patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche; 2) patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali; 3) patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario." La documentazione medica attestante le predette patologie può essere rilasciata dal medico specialista del servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato o dal medico di medicina generale o dalla struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico

il genitore

(nome.....cognome.....C.F.....

..... dipendente presso .....)

per n..... giorni;

altri figli conviventi (nome.....

cognome.....C.F..... dipendente

presso .....) per n....giorni;

i fratelli e le sorelle (nome.....

cognome..... C.F..... dipendente

presso .....) per n.....giorni;

- di aver già usufruito di periodi di congedo straordinario **non** retribuito “per gravi e documentati motivi familiari” (art. 4, comma 2, legge n. 53 dell’8 marzo 2000) nell’arco della propria vita lavorativa per n.....giorni;
- che il soggetto disabile è un minore ricoverato a tempo pieno e necessita di assistenza (circolare INPS n. 90 del 23 maggio 2007, p. 7);
- che il disabile è ricoverato in stato vegetativo persistente e/o con prognosi infausta a breve termine (circolare INPS n. 155 del 3 dicembre 2010, p.3);
- che il disabile è ricoverato ma deve recarsi al di fuori della struttura sanitaria per effettuare prestazioni specialistiche (messaggio INPS n. 14480 del 28 maggio 2010);
- che il soggetto disabile è ricoverato ma la struttura sanitaria ha richiesto l’assistenza del familiare;
- di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione di notizia o 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 false, potrà subire un procedimento penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.
- In caso di congedo fino a 2 anni di cui all’art.42, co. da 5 a 5 quinquies, del D.Lgs. 26.3.2001 n. 151, si impegna a non esercitare alcuna attività lavorativa durante il periodo di congedo fruito, si impegna a non esercitare alcuna attività lavorativa durante il periodo di congedo fruito, secondo quanto previsto dall’art. 4, co.2, della Legge n. 53/2000, richiamata dall’art.42, co 5-quinquies, del D.Lgs. n. 151/2001.

Durante il periodo di assenza \_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ sarà domiciliato in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Si allega:

- ✓ Copia fotostatica autenticata del certificato attestante l’handicap rilasciato dalla competente commissione medica, Legge 104/1992, operante presso l’ASL
- ✓ Dichiarazione da parte degli altri familiari in cui si evince che non vi è contemporaneità di fruizione del congedo ovvero che nessun altro stia fruendo del congedo o dei permessi di cui all’art. 33, comma 3, della Legge n. 104 del 1992.

Bagheria (PA) \_\_\_\_\_

Firma .....