

**RICHIESTA DI CONGEDO STRAORDINARIO
PER FAMILIARE CON HANDICAP GRAVE**

Al Dirigente Scolastico

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ in servizio presso _____ chiede di poter fruire del

congedo straordinario biennale per _____ con **handicap grave** e della relativa
indennità della durata complessiva tra tutti gli aventi diritto non superiore a due anni nell'arco della
vita lavorativa

per gg. _____ dal _____ al _____ per gg. _____ dal _____ al _____

per gg. _____ dal _____ al _____ per gg. _____ dal _____ al _____

per gg. _____ dal _____ al _____ per gg. _____ dal _____ al _____

ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi in
materia, in caso di dichiarazioni mendaci

D I C H I A R A

che il proprio familiare _____

nato a _____ il _____

- **è portatore di handicap grave**, accertato il giorno _____ ai sensi dell'art.4 della
Legge n.104/1992, dalla Commissione ASL di _____ ;
- lo stato civile è il seguente _____;
- non è ricoverato a tempo pieno presso Istituti specializzati;
- è convivente con il/la richiedente, in assenza di altri soggetti idonei a prendersi cura della
persona in situazione di disabilità grave;

E INOLTRE DICHIARA

- di aver già fruito di congedi straordinari **NON** retribuiti "per gravi e documentati motivi
familiari" (art.4, comma 2, legge n.53/2000) per gg. _____ ;
- di aver fruito di periodi di congedo straordinario per assistenza disabili per gg:_____.

SI ALLEGA: CERTIFICATO DI HANDICAP GRAVE (art.3, comma 3) rilasciato dall'ASL

Data _____

firma del richiedente

Il Dirigente
