

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

AL Dirigente Scolastico

l sottoscritt _____ nat_a _____ il _____,

in servizio presso _____, chiede di poter fruire del **congedo straordinario**

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 _____

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,

DICHIARA

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 _____;

● 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;

● 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
