

Prot.n. \_\_\_\_\_  
Del \_\_\_\_\_

Oggetto: Domanda di CONGEDO STRAORDINARIO per assistere familiare con disabilità grave.  
**L. 388/2000 art. 80, comma 2, D.Lgs. 26.03.2001 n° 151 e successive modificazioni ed integrazioni**  
Durata due anni nell'arco della vita lavorativa. Tale limite è complessivo fra tutti gli aventi diritto.

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_| sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) residente in  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
in servizio presso codesto istituto nella scuola \_\_\_\_\_

in qualità di  Docente  ATA con contratto (riportare denominazione plesso)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a tempo indeterminato | <input type="checkbox"/> Titolare  |
| <input type="checkbox"/> a tempo determinato   | <input type="checkbox"/> Assegnazione provvisoria/utilizzazione/L.100                    |
|  | <input type="checkbox"/> Annuale fino al 31/8  |
|  | <input type="checkbox"/> Annuale fino al 30/6  |
|  | <input type="checkbox"/> Su posto vacante fino avente diritto (nei limiti del contratto) |
|  | <input type="checkbox"/> Per supplenza breve e saltuaria (nei limiti del contratto)      |

### Chiede

di fruire dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
per complessivi mesi \_\_\_\_\_ e/o giorni \_\_\_\_\_ di congedo straordinario per assistere il proprio familiare in situazione di disabilità grave, riconosciuta ai sensi della legge 104/92.

### Comunica

- di aver già fruito per **lo stesso familiare** dei seguenti periodi di congedo straordinario  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
per complessivi giorni \_\_\_\_\_ presso le seguenti amministrazioni/datori di lavoro:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- di aver già fruito per **lo stesso familiare** dei seguenti periodi di CONGEDO non retribuito per gravi e documentati motivi e/o di PERMESSO retribuito per documentata grave infermità (art.4 c.1-2 L.53/2000)  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
per complessivi giorni \_\_\_\_\_ presso le seguenti amministrazioni/datori di lavoro:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si indica il soggetto, ed relativi dati, per il quale si chiede il congedo, con le singole specificazioni:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Prot.n. \_\_\_\_\_

Del

All'Istituto Comprensivo "CITTADELLA - MARGHERITA HACK"

Ancona

Residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> <b>Coniuge</b>	<input type="checkbox"/> <b>Convivente (*)</b>
<input type="checkbox"/> <b>Figlio/a</b> naturali o adottivi e affidatari	<input type="checkbox"/> il/la figlio/a non è coniugato/a
	<input type="checkbox"/> il/la figlio/a è coniugato/a ma non convive con il coniuge
	<input type="checkbox"/> il coniuge del figlio/a non presta attività lavorativa o è lavoratore autonomo
	<input type="checkbox"/> il coniuge del figlio ha espressamente rinunciato per lo stesso soggetto e negli stessi periodi a godere del congedo
<input type="checkbox"/> <b>Fratello/sorella</b> anche adottivi	<input type="checkbox"/> <b>Convivente (*)</b>
	<input type="checkbox"/> il/la fratello/sorella non è coniugato/a
	<input type="checkbox"/> il/la fratello/sorella è coniugato/a ma non convive con il coniuge
	<input type="checkbox"/> il/la fratello/sorella è coniugato/a e convivente ma il coniuge non presta attività lavorativa o è lavoratore autonomo
	<input type="checkbox"/> il/la fratello/sorella è coniugato/a e convivente ma il coniuge ha espressamente rinunciato per lo stesso soggetto e negli stessi periodi a godere del congedo stesso
	<input type="checkbox"/> entrambi i genitori siano deceduti o totalmente inabili
<input type="checkbox"/> <b>Genitore</b>	<input type="checkbox"/> <b>Convivente(*)</b>
	<input type="checkbox"/> il genitore non è coniugato
	<input type="checkbox"/> il genitore è coniugato ma non convive con il coniuge
	<input type="checkbox"/> il genitore è coniugato e convivente ma il coniuge non presta attività lavorativa o è lavoratore autonomo
	<input type="checkbox"/> il genitore è coniugato e convivente ma il coniuge ha espressamente rinunciato per lo stesso soggetto e negli stessi periodi a godere del congedo stesso
	<input type="checkbox"/> entrambi i genitori siano deceduti o totalmente inabili
	<input type="checkbox"/> il genitore non ha altri figli
	<input type="checkbox"/> il genitore ha altri figli e non conviva con alcuno di essi
	<input type="checkbox"/> il genitore ha altri figli e conviva con alcuno di essi (non il richiedente) ma che questi non prestano attività lavorativa o sono lavoratori autonomi
	<input type="checkbox"/> il genitore ha altri figli e conviva con alcuno di essi (non il richiedente) ma che questi hanno espressamente rinunciato a godere del congedo nel medesimo periodo
	<input type="checkbox"/> il genitore non ha altri fratelli
	<input type="checkbox"/> il genitore ha altri fratelli e non conviva con alcuno di essi
	<input type="checkbox"/> il genitore ha altri fratelli e conviva con un fratello ma che questo non presti attività lavorativa o sia lavoratore autonomo
<input type="checkbox"/> il genitore ha altri fratelli e conviva con un fratello ma che questo abbia espressamente rinunciato a godere del congedo nel medesimo periodo	

(\*) **CONVIVENZA NEI CASI PREVISTI DALLA LEGGE**

Il legislatore ha previsto come necessario il requisito della convivenza qualora **a richiedere** il congedo siano: il **coniuge, i fratelli/sorelle o il figlio** del disabile grave.

Per convivenza si deve fare riferimento, in via esclusiva, alla **residenza**, luogo in cui la persona ha la dimora abituale, ai sensi dell'art.43 cod. civ., non potendo ritenersi conciliabile con la predetta necessità la condizione di domicilio né la mera elezione di domicilio speciale previsto per determinati atti o affari dall'art. 47 c.c..

Il requisito della "convivenza" è assolto ritenendosi condizione sufficiente solo la residenza nel medesimo stabile, stesso numero civico, ma non anche nello stesso interno (appartamento).

**INOLTRE**

Prot.n. \_\_\_\_\_

Del

All'Istituto Comprensivo "CITTADELLA - MARGHERITA HACK"

Ancona

**consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 sulle responsabilità amministrative, civili e penali cui può andare incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal vigente T.U. sopracitato;**

#### DICHIARA

- La situazione di gravità dell'handicap è stata accertata dalla competente A.S.L. ai sensi dell'art. 3, commi 1 e 3 legge n. 104/1992, mediante commissione medica, in data \_\_\_\_\_,
  - in alternativa, in caso di mancato pronunciamento della commissione medica (15/90 giorni dalla domanda rispettivamente per patologie oncologiche /altre patologie), che l'accertamento è stato effettuato da medico specialista nella patologia denunciata in servizio presso la ASL (Certificazione provvisoria);
- che la persona in situazione di disabilità grave non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati, o rientra in una delle eccezioni collegate alle seguenti circostanze, risultante da idonea documentazione medica:
  - interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite e/o terapie debitamente certificate;*
  - ricovero a tempo pieno del disabile in coma vigile, stato vegetativo persistente e/o in situazione terminale;*
  - ricovero a tempo pieno di un minore con disabilità grave, nei confronti del quale i sanitari della struttura che lo ospita certificano la necessità di assistenza da parte di un genitore o di un familiare.*
- che la persona in situazione di disabilità grave non svolge attività lavorativa;
- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, 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 dei disabili;
- che si impegna a comunicare **tempestivamente** ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;

#### **Si allega alla presente domanda la seguente documentazione:**

- verbale della commissione medica dal quale risulti l'accertamento della situazione di handicap grave (se non in possesso da presentare non appena disponibile);
- ovvero certificazione medica, provvisoria, dal quale risulti la patologia invalidante di cui all'art. 33, c. 3, della L. 104 (solo per ipotesi di deroga nel caso in cui sia stata presentata domanda per il riconoscimento dei benefici di cui all'art. 33 comma3 della L. 104/92 e la Commissione della ASL competente per territorio non si sia ancora pronunciata), trascorsi **15** giorni in caso di patologie oncologiche o **90** giorni per tutte le altre patologie;
- nel caso di presentazione della certificazione provvisoria anche:
  - copia della ricevuta della richiesta di riconoscimento della situazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 104/92
  - dichiarazione liberatoria nella quale il lavoratore si impegna alla restituzione dei benefici avuti che, in caso di certificazione provvisoria, risultassero indebite alla fine del procedimento
- idonea documentazione, ovvero apposite dichiarazioni sostitutive, rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 ("Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"), per certificare la sussistenza di tutte le condizioni che legittimano la fruizione delle agevolazioni, in base alla situazione/soggetto richiedente il beneficio/congedo.

Prot.n. \_\_\_\_\_

Del

All'Istituto Comprensivo "CITTADELLA - MARGHERITA HACK"

Ancona

*Dichiara, infine, di aver preso visione dell'informativa di codesto Istituto, (pubblicata anche sul sito web dell'Istituto) ai sensi del Regolamento UE 2016/679 – Regolamento generale per la protezione dei dati (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 «Codice in materia di protezione dei dati personali», art. 13; di essere informato che i dati sopra conferiti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti; che verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e nei limiti stabiliti da tale D.Lgs, nonché dal Decreto Ministero della Pubblica Istruzione n.305/2006 «Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari...»*

Luogo e data \_\_\_\_\_ Il dipendente \_\_\_\_\_

-----  
*Riservato all'Amministrazione*

*Vista l'istanza presentata e tutta la documentazione a corredo,  SI CONCEDE  NON SI CONCEDE*

Ancona, \_\_\_\_\_

*Il Dirigente Scolastico*