



Istituto di Istruzione Superiore "Enrico Fermi"

Liceo Scientifico e Liceo Scientifico con opz. Scienze applicate
Liceo delle Scienze Umane e Liceo delle Scienze Umane con opz. Economico sociale
Liceo Linguistico



Via Vitulanese, 82016 MONTESARCHIO (BN) - Tel. 0824 847291 - C.F. 80000020620 - C.M. bnis00300n
e-mail: bnis00300n@istruzione.it - PEC: bnis00300n@pec.istruzione.it - web: www.fermimontesarchio.gov.it

Protocollo	
Data	Prot. n.
TIT	CL FASC

Al Dirigente scolastico

Istituto di Istruzione Superiore "Enrico Fermi"

Via Vitulanese, 82016 - Montesarchio (BN)

Oggetto: richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap

Modulistica on line: www.fermimontesarchio.gov.it/documenti-e-regolamenti/modulistica/

Modulo M.1.4

Il/la sottoscritto/a:

Cognome		Nome	
Nato/a il	Nato/a a		
Residente a		CAP	Prov.
In Via/P.zza/...			N.
Telefono		C.F.	

In servizio presso questo Istituto in qualità di docente ATA

con contratto a tempo indeterminato determinato

CHIEDE

di usufruire dal al di un periodo di congedo ex art. 42, comma 5,

D.L.vo 151/2001, per l'assistenza al (genitore/figlio/coniuge/fratello/sorella)

Cognome		Nome	
Nato/a il	Nato/a a		
Residente a		CAP	Prov.
In Via/P.zza/...			N.

in quanto riconosciuto persona con handicap in situazione di gravità secondo le condizioni previste dall'art. 3, comma 3, della L. 104/1992;

Al fine di ottenere il riconoscimento del diritto al predetto beneficio, il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni di legge previste in caso di dichiarazioni mendaci, compresa la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

che la persona assistita, riconosciuta come "persona con handicap in situazione di gravità" secondo le condizioni previste dall'art. 3, comma 3, della L. 104/1992, non risulta attualmente ricoverato/a presso una struttura di cura ed assistenza, e si impegna a comunicare ogni eventuale variazione in merito;

di essere convivente con la persona assistita e di mantenere la convivenza per tutto il periodo di congedo richiesto;

che nessun altro eventuale avente diritto usufruisce, o ha fatto richiesta di usufruire, nello stesso periodo richiesto, del beneficio ex art. 42, comma 5 del D.L.vo 151/2001, né dei benefici ex art. 33, comma 3, della L. 104/1992;



che nell'intera vita lavorativa il/la sottoscritto/a ha usufruito dei seguenti periodi di congedo ex art. 4, comma 2, della L. 53 del 08/03/2000 ed ex art. 42, comma 5, del D.L.vo 151/2001:

Dal	Al	Anni	Mesi	Giorni	Datore di lavoro

che per l'assistenza alla stessa persona sono già stati fruiti, dagli altri aventi titolo a fianco indicati, i seguenti periodi di congedo ex art. 42, comma 5, della D.Lvo. 151/2001:

Dal	Al	Anni	Mesi	Giorni	Beneficiario

Si allega:

Copia conforme all'originale del certificato rilasciato dalla competente commissione medica legge 104/1992 operante presso l'ASL, attestante che la persona assistita è "persona con handicap in situazione di gravità" secondo le condizioni previste dall'art. 3, comma 3, della L. 104/1992;

Dichiarazione di altro eventuale avente diritto di non fruire e di non aver fatto richiesta di fruire, nello stesso periodo, del congedo ex art 42, comma 5, del D.L.vo. 151/2001, né dei permessi ex art 33, comma 3, della L. 104/1992, per l'assistenza alla stessa persona

Data	Firma
------	-------