

**Ministero dell’Istruzione**

**Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia**

**Istituto Comprensivo “Armando Diaz”**

**Piazza Cardinal G. Massaia, 2 - 20123 Milano - Tel. 02 884 461 45**

**C.F. 80127150151 - Cod. Meccanografico MIIC8BB008 - Codice Univoco Ufficio UFG5KC**

**Email:** **miic8bb008@istruzione.it** **- Pec: miic8bb008@pec.istruzione.it - Sito web: www.icdiaz.edu.it**

###### Al Dirigente Scolastico

IC DIAZ

OGGETTO: **Domanda di permesso straordinario retribuito per assistenza portatore handicap grave,**

**di durata biennale**

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_) Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 comune provincia c.a.p

in servizio presso questo Istituto in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con contratto: a tempo ❒ INDETERMINATO ❒ DETERMINATO

**C H I E D E**

di assentarsi per:

usufruire del **congedo biennale** retribuito di cui ad art. 42, c. 5, D. Lgs n. 151/2001, come modificato da sentenze Corte Costituzionale n. 233/08.06.2005 e n. 19 /26.01.2009, in quanto:

❒ genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;

❒ genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;]

❒ parente, affine o coniuge di una persona con disabilità (se figlio, deve essere autocertificato se esistono altri

fratelli che coabitano con i genitori e, nell’ipotesi che esistano, che non abbiano richiesto di usufruire di tale

beneficio);

❒intero, .............. dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi:\_\_\_\_\_ gg. :\_\_\_\_\_

❒frazionato, ........ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi:\_\_\_\_\_ gg. :\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi:\_\_\_\_\_ gg. :\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi:\_\_\_\_\_ gg. :\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per mesi:\_\_\_\_\_ gg. :\_\_\_\_\_

❒ di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la

presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle

dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di

documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

***Avvertenza:*** *il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento*

# *emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.*

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

* ai sensi della legge n. 15/1968 e del DPR 445/2000 di **essere effettivamente convivente** con il/la sig./sig.ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare la relazione di parentela o affinità) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ unitamente al quale abita nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e che la descritta situazione risulta agli atti dell’anagrafe del Comune, avendo il/la sottoscritt\_\_ adempiuto alle prescrizioni dell’art. 13 del DPR n° 223/89.
* Che il disabile non è ricoverato/a a tempo pieno in una struttura sanitaria.
* Che non vi sono parenti ed affini entro il 3° grado non lavoratori che possano fornire assistenza alla persona sopra indicata.
* consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/00 per le false attestazioni e dichiarazioni di essere l’unico/a ad usufruire dei permessi lavorativi regolati dalla

Legge.104/92 per l’assistenza di sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Milano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### VISTI l’istanza dell’interessato , gli atti d’Ufficio e le esigenze di servizio:

|  |
| --- |
|  *si concede*  LA DIRIGENTE SCOLASTICA  *non si concede* **Dott.ssa Stefania Bellomo** |