

Oggetto: **Domanda di congedo straordinario per il genitore con disabilità grave**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ dipendente \_\_\_ inquadrato/a nella categoria \_\_\_\_\_ classe economica \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_

Chiede

di usufruire del congedo straordinario spettante ai figli di persona in condizione di handicap grave e della relativa indennità (art. 42 T.U. sulla maternità e paternità – Decreto Legislativo 151/2001 come modificata dalla Circolare INPS 16 marzo 2009, n. 41 "Estensione del diritto al congedo di cui all' art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001 al figlio convivente con la persona in situazione di disabilità grave") per i seguenti periodi:

- Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_
- Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_
- Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_

per assistere il genitore sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in condizione di disabilità grave (art. 4, comma 1 Legge 104/1992) accertata dalla Commissione ASL di \_\_\_\_\_

Dichiara (*barrare solo le caselle interessate*)

- Di essere convivente con il genitore in condizione di disabilità grave
  - Che il padre/madre non è coniugato/a o non convive con il coniuge
  - Che il coniuge del padre/madre non svolge attività lavorativa o è lavoratore autonomo
  - Che il coniuge del padre/madre non ha mai fruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona  
*oppure*
  - Che il coniuge del padre/madre ha usufruito di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in situazione di disabilità grave
  - Che il coniuge del padre/madre non ha chiesto per la stessa persona in condizione di disabilità grave, nei periodi indicati, congedi straordinari e non intende richiederli negli stessi periodi
  - Che i genitori del soggetto disabile sono entrambi deceduti o totalmente inabili (allegare certificazione)  
*oppure*
  - Che l'unico genitore vivente del disabile è totalmente inabile (allegare certificazione)
  - Che il padre/madre non ha altri figli o non convive con alcuno di essi  
*oppure*
-

- Che gli altri figli conviventi del padre/madre non svolgono attività lavorativa o sono lavoratori autonomi
- Che gli altri figli del padre/madre non hanno mai fruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona  
*oppure*
- Che gli altri figli del padre/madre hanno usufruito di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in situazione di disabilità grave
- Che gli altri figli del padre/madre non hanno chiesto per la stessa persona in condizione di disabilità grave, nei periodi indicati, congedi straordinari e non intende richiederli negli stessi periodi
- Che il padre/madre non ha fratelli o sorelle o non convive con alcuno di essi  
*oppure*
- Che i fratelli/sorelle conviventi del padre/madre non svolgono attività lavorativa o sono lavoratori autonomi
- Che i fratelli/sorelle conviventi del padre/madre non hanno mai fruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona  
*oppure*
- Che i fratelli/sorelle conviventi del padre/madre hanno usufruito di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in situazione di disabilità grave
- Che i fratelli/sorelle conviventi del padre/madre non hanno chiesto per la stessa persona in condizione di disabilità grave, nei periodi indicati, congedi straordinari e non intende richiederli negli stessi periodi
- Che i genitori, altri figli e fratelli/sorelle deceduti o totalmente inabili del padre/madre non hanno mai usufruito per l'assistenza al disabile in questione di giorni di congedo straordinario retribuito  
*oppure*
- Che i genitori, altri figli e fratelli/sorelle deceduti o totalmente inabili del padre/madre hanno usufruito complessivamente per l'assistenza al disabile in questione di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo straordinario retribuito
- Di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto
- Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_
  - Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_
  - Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_
- Di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti per gravi e documentati motivi famigliari (art. 4 comma 2 Legge 53/2000; art. 32 CCNL comparto Università 16.10.2008)
- Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_
  - Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_
  - Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_
- Di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento (*dichiarazione obbligatoria*)
-

**Al Dirigente Scolastico  
Liceo Scientifico "G.Marconi"  
Parma**

- Di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, possa subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti (*dichiarazione obbligatoria*)
- Che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e di essere consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false. (*dichiarazione obbligatoria*)

Documentazione allegata (da non presentare se già allegata a precedenti domande di permessi Legge 104/1992)

- Certificato rilasciato dalla competente ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

---