

*Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo
Pergine 1*

_____ sottoscritt _____ docente
tempo determinato/indeterminato, in servizio presso questo Istituto Comprensivo, in
qualità di GENITORE/ AFFIDATARIO DI PERSONA CON GRAVE PATOLOGIA

comunica

che il figlio/a _____ nato/a a
_____ il _____ è portatore di Handicap che
necessita di assistenza permanente, continuativa e globale ai sensi della legge n.
104/1992.

Consapevole delle sanzioni di legge per le dichiarazioni mendaci,

dichiara

- che il/la figlio/a è minore di età – maggiorenne (depennare la voce che non interessa),
 - che il/la figlio/a è con me convivente
 - di non usufruire, nei periodi di congedo richiesto, dei permessi per assistenza articolo 33 legge 104/92
 - che l'altro genitore ha già usufruito di n. _____ (giorni/mesi) di congedo straordinario retribuito per assistere il medesimo soggetto;
 - che il/la figlio/a non è ricoverato a tempo pieno in strutture di assistenza;
 - che il/la figlia/a non svolge attività lavorativa.
 - che non vi è contemporaneità alla fruizione del congedo.
 - che in precedenza non ha fruito del congedo, ovvero di aver fruito dei seguenti periodi nell'ambito dello stesso o di altro precedente rapporto di lavoro:
- _____
- _____
- _____

chiede

di usufruire del congedo straordinario per assistenza al/la figlio/a
_____, nato/a a _____ il _____ ovvero
affidato/adottato il _____ (in caso di adozione o affidamento
indicare gli estremi del provvedimento di
adozione/affidamento) _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

a supporto della richiesta, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, nonché della decadenza dei benefici conseguiti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445).

*Allegati : certificato di invalidità
 dichiarazione di convivenza*

Pergine, _____

(firma)

VISTO

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
(prof.ssa Daniela Fruet)