



# LICEO SCIENTIFICO "SCORZA" - COSENZA

Via Popilia / Via Mancini - Tel. 0984 1861919 - C.F. 80005600780  
Email: csps03000g@istruzione.it - PEC: csps03000g@pec.istruzione.it



AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
LICEO SCIENTIFICO "G.B. SCORZA"  
COSENZA (CS)

**OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza a persona in situazione di handicap grave ai sensi art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001(ex L. 53/2000, art.4).**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in servizio presso questa Istituzione Scolastica in  
qualità di \_\_\_\_\_

## CHIEDE

di usufruire per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
del congedo biennale per l'assistenza a persona in situazione di handicap grave ai sensi  
dell'art. 42, comma 5 del D.L.vo N. 151/2001 (ex L. 53/2000, art. 4), per il proprio familiare:

*cognome e nome* \_\_\_\_\_

*nato a* \_\_\_\_\_ *il* \_\_\_\_\_

*grado di parentela* \_\_\_\_\_

*residente a* \_\_\_\_\_ *via* \_\_\_\_\_

per il quale la Commissione medica della ASL di \_\_\_\_\_

nella seduta del \_\_\_\_\_ ha riconosciuto la gravità dell'handicap ai sensi dell'art. 3,  
comma 3, della Legge 104/1992 (vedi documentazione allegata).

(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETA')

## IL/LA SOTTOSCRITTO/A

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci  
dichiarazioni, ai sensi degli artt. 46 e 47(R) del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (T.U. delle disposizioni  
legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa),

## DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità

- di essere convivente\*\* con il familiare disabile sopraindicato;  
 \*\* *il requisito della convivenza può ritenersi soddisfatto quando colui che presta assistenza e il disabile assistito hanno la medesima residenza anagrafica ovvero, in caso contrario, quando uno dei due soggetti abbia fissato la propria dimora temporanea presso la residenza dell'altro e quindi risulti iscritto, ai sensi dell'art. 32 del D.P.R. n. 223 del 30/5/1989, nello schedario della popolazione temporanea del comune*
- che il familiare disabile in situazione di gravità sopraindicato non è ricoverato presso una struttura pubblica o privata;
- di essere attualmente l'unico familiare che assiste il disabile in situazione di gravità sopraindicato;
- quanto segue relativamente a tutti i sottoelencati soggetti (indicati secondo il previsto ordine di priorità tassativo ed esclusivo) legittimati a fruire del congedo retribuito art. 42, co.5, D.Lgs. 151/2001 per il disabile sopraindicato:  
*indicare per ciascun soggetto una delle seguenti motivazioni: mancante, deceduto, affetto da patologia invalidante (per la quale è obbligatorio allegare documentazione rilasciata da medico specialista del servizio sanitario, medico convenzionato, medico della struttura sanitaria in caso di ricovero)*
- il coniuge convivente o la parte dell'unione civile convivente della persona disabile  
*cognome e nome \_\_\_\_\_ motivazione \_\_\_\_\_*
  - il padre (anche adottivo o affidatario) della persona disabile  
*cognome e nome \_\_\_\_\_ motivazione \_\_\_\_\_*
  - la madre (anche adottiva o affidataria) della persona disabile  
*cognome e nome \_\_\_\_\_ motivazione \_\_\_\_\_*
  - il figlio/la figlia convivente della persona disabile  
*cognome e nome \_\_\_\_\_ motivazione \_\_\_\_\_*
  - il fratello/la sorella convivente della persona disabile  
*cognome e nome \_\_\_\_\_ motivazione \_\_\_\_\_*
  - parente/affine entro il terzo grado convivente della persona disabile  
*cognome e nome \_\_\_\_\_ motivazione \_\_\_\_\_*
- di non aver fruito in precedenza del congedo biennale ai sensi art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001 (ex L. 53/2000, art. 4);
- di aver già usufruito del congedo biennale ai sensi art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001 (ex L. 53/2000, art. 4) nei seguenti periodi:
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi \_\_\_\_\_
- 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 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

*Allegati:(indicare solo quelli di interesse)*

- *verbale commissione medica della ASL di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ relativa al familiare per il quale si richiede il congedo;*
- *documentazione rilasciata dal Comune relativa alla dimora temporanea;*
- *documentazione relativa alla patologia invalidante dei familiari legittimati a fruire del congedo;*
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_