



**FONDI  
STRUTTURALI  
EUROPEI**

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO-FESR

**pon**  
2014-2020



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la Programmazione  
Direzione Generale per Interventi in materia di edilizia  
scuolastica, per la gestione dei fondi strutturali per  
l'istruzione e per l'innovazione digitale  
Ufficio IV

**ISTITUTO COMPRENSIVO SAN BIAGIO**

Via Celso Cicognani, 8 – 48123 Ravenna - Tel. 0544/464469

Peo: ics.biagio@libero.it – Pec: RAIC82000R@PEC.ISTRUZIONE.IT - Web: www.icbiagio.gov.it

Codice Fiscale 92001630398 - Codice Univoco Ufficio UFXRBL

**Al Dirigente Scolastico**

**Oggetto: richiesta di congedo straordinario per assistere parente o affine entro il terzo grado disabile in situazione di gravità (art. 42, c. 5, D. Lgs. 26/03/2001 n. 151)**

pr ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
pr ( \_\_\_\_\_ )  
cap ( \_\_\_\_\_ ) in \_\_\_\_\_  
in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_,  
con contratto a tempo \_\_\_\_\_ ;

**CHIEDE**

di usufruire del congedo straordinario di cui art. 42, c. 5, D. Lgs. 26/03/2001 n. 151, per assistere  
\_\_\_\_\_ disabile in situazione di gravità accertata, parente  
o affine entro il terzo grado, nei seguenti periodi:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

A tal fine \_\_\_\_\_, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445,

**DICHIARA**

- che la persona da assistere non è ricoverata a tempo pieno (*qualora lo fosse, allegare dichiarazione della struttura sanitaria che attesti la necessità dell'assistenza da parte del familiare avente diritto al beneficio*)
- di essere convivente con la persona da assistere
- che i soggetti legittimati dalla legge alla fruizione del congedo (secondo il seguente ordine di priorità: il coniuge convivente, entrambi i genitori, i figli conviventi e i fratelli o sorelle conviventi) sono mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti (*indicare la situazione riferita alla domanda*)
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi Legge 05/02/1992 n. 104 per la stessa persona disabile in situazione di gravità
- che altri familiari del coniuge hanno già usufruito di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo straordinario per la stessa persona disabile in situazione di gravità

- di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per il medesimo soggetto per i seguenti periodi:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti “per gravi e documentati motivi familiari” (art. 4, c. 2, Legge 08/03/2000 n. 53) per i seguenti periodi:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

si impegna inoltre a comunicare al datore di lavoro qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_ Firma

**Dati e dichiarazione del soggetto disabile**

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 pr ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ pr ( \_\_\_\_\_ ) cap  
 ( \_\_\_\_\_ ) in \_\_\_\_\_  
 tel/cell \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di essere \_\_\_\_\_ del richiedente con il quale convive
- di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla competente Commissione (art. 4, c. 1, della Legge 05/02/1992 n. 104) di \_\_\_\_\_
- di non essere ricoverato a tempo pieno (*qualora lo fosse, allegare dichiarazione della struttura sanitaria che attesti la necessità dell'assistenza da parte del familiare avente diritto al beneficio*)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_ Firma

Documentazione allegata:

- copia fotostatica autenticata del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente commissione medica Legge 05/02/1992 n. 104 operante presso l'ASL
- copia fotostatica del documento di identità
- nei casi previsti, dichiarazione della struttura sanitaria presso la quale il disabile è ricoverato a tempo pieno attestante la necessità dell'assistenza da parte del familiare interessato a beneficiare dei giorni di congedo straordinario
- nei casi previsti, certificato di decesso o certificazione di invalidità del coniuge o dei genitore o dei figli o dei fratelli o sorelle dell'assistito

---

Firma Digitale (Dirigente / Dsga)