

**Al Dirigente Scolastico**

**I.C. Via Agnesi Desio**

**ISTANZA DI CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO PER ASSISTENZA A  
FAMILIARE DISABILE**

**(art.42, comma 5, d. lgs. 26 marzo 2001, n.151)**

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
dipendente di codesta Amministrazione con la qualifica di  
\_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. uff. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Chiede**

ai sensi dell'art. 42, comma 5, del decreto legislativo 26 marzo 2001, n.151, di fruire di n.  
giorni di congedo straordinario retribuito dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
per assistere il sotto indicato familiare:

FIGLIO/A (anche se non convivente)

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

CONIUGE CONVIVENTE

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

GENITORE CONVIVENTE

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

FRATELLO CONVIVENTE

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

PARENTE O AFFINE ENTRO IL 3° GRADO CONVIVENTE

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(nome e cognome)

residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, delle responsabilità amministrative civili e penali previste per dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste,

**Dichiara**

- che il familiare da assistere è stato riconosciuto in condizione di disabilità grave, ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/1992,  come da documentazione già agli atti d'ufficio, **oppure**  come da documentazione allegata (che può essere prodotta dall'interessato anche in forma di dichiarazione sostitutiva, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000);
- di essere convivente – ovvero di avere la medesima residenza anagrafica e di coabitare - con il familiare da assistere in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ (il requisito non è richiesto qualora l'istanza sia prodotta dal genitore del disabile);
- che nessun altro familiare fruisce del congedo straordinario retribuito, né dei permessi di cui all'art.33 della legge n. 104/1992, per assistere il medesimo soggetto (il requisito non è richiesto qualora l'istanza sia prodotta dal genitore del disabile);
- in caso di istanza prodotta dal genitore del disabile, che negli stessi giorni l'altro genitore non fruisce dei benefici di cui all'art.33, commi 2 e 3 della legge n. 104/1992 e 33, comma 1, del d. lgs. n. 151/2001 (permessi e prolungamento del congedo parentale);
- che il soggetto disabile **non** è ricoverato a tempo pieno;
- che la struttura sanitaria presso la quale il disabile è **ricoverato a tempo pieno** ha richiesto espressamente la presenza del familiare che presta assistenza, come da documentazione allegata;
- che non vi sono altri familiari legittimati a fruire, in via prioritaria, del congedo in questione, nell'ordine indicato dalla legge:
  - coniuge convivente: per  mancanza  decesso  presenza di patologie invalidanti;
  - genitori: per  mancanza  decesso  presenza di patologie invalidanti;
  - figli conviventi: per  mancanza  decesso  presenza di patologie invalidanti;

- fratelli o sorelle conviventi: per  mancanza  decesso  presenza di patologie invalidanti,

come da documentazione allegata (che può essere prodotta dall'interessato anche in forma di dichiarazione sostitutiva, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000);

- di aver già fruito, nell'arco della propria vita lavorativa, per assistere il medesimo o altri familiari disabili, di periodi di congedo straordinario **retribuito** per un numero di giorni pari a \_\_\_\_\_ / **oppure**  di non aver fruito, nell'arco della propria vita lavorativa, per assistere il medesimo o altri familiari disabili, di periodi di congedo straordinario **retribuito**;
- che per assistere la stessa persona in condizione di disabilità grave altri familiari hanno già fruito del predetto congedo per un numero di giorni pari a \_\_\_\_\_ / **oppure**  che nessun altro familiare ha già fruito del predetto congedo per assistere la stessa persona in condizione di disabilità grave;
- di aver già fruito, nell'arco della propria vita lavorativa, di periodi di congedo straordinario **non** retribuito “per gravi e documentati motivi familiari” (art. 4, comma 2, legge n. 53 dell'8 marzo 2000) per un numero di giorni pari a \_\_\_\_\_ / **oppure**  di non aver fruito, nell'arco della propria vita lavorativa, di periodi di congedo straordinario **non** retribuito “per gravi e documentati motivi familiari” (art. 4, comma 2, legge n. 53 dell'8 marzo 2000);
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione di notizia o situazione dichiarata nel presente modulo.

Si allega copia fotostatica del documento di identità.

Data,

Firma