|  | *Ministero dell’Istruzione e del Merito*  *Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*  **ISTITUTO COMPRENSIVO “NELSON MANDELA”**  Infanzia, - Primaria - Secondaria di 1° grado  Via dei Torriani, 44 – 00164 Roma Tel. 0666000349  Cod. Mecc. RMIC8FW00E – C.F. 97712890587  rmic8fw00e@istruzione.it - rmic8fw00e@pec.istruzione.it  www.icnelsonmandela.edu.it |  |
| --- | --- | --- |

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO COMPRENSIVO "N.Mandela"

Via dei Torriani n. 44 00164 Roma

**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* a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

per il quale la Commissione medica della ASL d \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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);

consapevole che l'Amministrazione si riserva di disporre gli usuali controlli al fine di verificare la veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del citato d.P.R. n. 445 del 2000)

DICHIARA

* 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

co*gnome 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*)

-

* *Documento di riconoscimento;*
* *dichiarazione di rinuncia ad usufruire del congedo da parte degli altri soggetti legittimati (se vi sono - firmata +copia dei relativi documenti di riconoscimento)*.
* *Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

\*\*\*

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/*a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. Lgs. n. 196/2003,"Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata e presente sul sito della scuola - sezione Privacy. Roma,... Letto, confermato e sottoscritto