

## RICHIEDSTA CONGEDO BIENNELE

Al Dirigente Scolastico  
del CPIA LEVANTE TIGULLIO

\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ nat\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, in  
servizio presso Codesta Istituzione Scolastica con la qualifica di \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

ai sensi del **art. 42, co 5, dlgs 26.3.2001, n. 151** di usufruire di un periodo di congedo

\_\_\_\_\_ e della relativa indennità, per poter assistere \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nei seguenti periodi:

per gg \_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per gg \_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

per gg \_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per gg \_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

L\_\_\_ stess\_\_\_ essendo a conoscenza che l'art. 495 c.p. e gli art. 75 e 76 del DPR 445/2000 prevedono penalità  
in caso di dichiarazione mendace e che l'Amministrazione ha l'obbligo di provvedere alla revoca del  
beneficio eventualmente ottenuto dal richiedente in caso di falsità, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000

### **DICHIARA CHE**

Il proprio familiare \_\_\_\_\_

● è nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in  
Via \_\_\_\_\_;

● è portatore di handicap grave, accertato il giorno \_\_\_\_\_ ai sensi dell'art. 4  
della legge n. 104/1992, dalla Commissione ASL di \_\_\_\_\_;

● non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati;

la richiedente dichiara che:

● è residente con il familiare a cui presta assistenza;

● il coniuge non è in grado di prestare assistenza in quanto: deceduto - mancante - affetto da patologie invalidanti;

●non vi sono altri lavoratori che abbiano chiesto di beneficiare, per l'assistenza alla stessa persona, di congedo biennale straordinario (art. 42, co. 5, D.Lgs. 151/2001) o di permessi mensili retribuiti (art. 33, co. 3, L.104/1992);

●di aver fruito di periodo di congedo straordinario per assistenza disabili

A.S. \_\_\_\_\_ per gg \_\_\_\_\_; A.S. \_\_\_\_\_ per gg \_\_\_\_\_;

A.S. \_\_\_\_\_ per gg \_\_\_\_\_; A.S. \_\_\_\_\_ per gg \_\_\_\_\_;

A.S. \_\_\_\_\_ per gg \_\_\_\_\_; A.S. \_\_\_\_\_ per gg \_\_\_\_\_;

A.S. \_\_\_\_\_ per gg \_\_\_\_\_; A.S. \_\_\_\_\_ per gg \_\_\_\_\_;

**SI ALLEGA: CERTIFICATO DI HANDICAP GRAVE (art. 3 comma 3) RILASCIATO DALL'ASL.**

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa all'utilizzo dei dati personali da parte del C.P.I.A. "Levante Tigullio" pubblicato sul Sito Istituzionale <https://www.cpialevantetigullio.edu.it/index.php?idpag=1660&idTile=26>

Data, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_