

Al Rettore – Dirigente Scolastico  
Convitto Naz.le "V. Emanuele II"  
Roma

Oggetto: **Domanda di congedo straordinario per il genitore con disabilità grave**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ dipendente del  
Convitto Nazionale V. Emanuele II – Roma dal \_\_\_\_\_ inquadrato/a nella categoria \_\_\_\_\_ classe economica  
\_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_

Chiede

di usufruire del congedo straordinario spettante ai figli di persona in condizione di handicap grave e della relativa  
indennità (art. 42 T.U. sulla maternità e paternità – Decreto Legislativo 151/2001 come modificata dalla *Circolare INPS  
16 marzo 2009, n. 41 "Estensione del diritto al congedo di cui all' art. 42, comma 5, D.Lgs. 151/2001 al figlio convivente  
con la persona in situazione di disabilità grave"*) per i seguenti periodi:

- Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_
- Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_
- Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_

per assistere il genitore sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in condizione di disabilità grave (art. 4, comma 1 Legge 104/1992)  
accertata dalla Commissione ASL di \_\_\_\_\_

Dichiara (*barrare solo le caselle interessate*)

- Di essere convivente con il genitore in condizione di disabilità grave
- Che il padre/madre non è coniugato/a o non convive con il coniuge
- Che il coniuge del padre/madre non svolge attività lavorativa o è lavoratore autonomo
- Che il coniuge del padre/madre non ha mai fruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona  
*oppure*
- Che il coniuge del padre/madre ha usufruito di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo straordinario per la stessa persona  
in situazione di disabilità grave
- Che il coniuge del padre/madre non ha chiesto per la stessa persona in condizione di disabilità grave, nei  
periodi indicati, congedi straordinari e non intende richiederli negli stessi periodi
- Che i genitori del soggetto disabile sono entrambi deceduti o totalmente inabili (allegare certificazione)  
*oppure*
- Che l'unico genitore vivente del disabile è totalmente inabile (allegare certificazione)
- Che il padre/madre non ha altri figli o non convive con alcuno di essi  
*oppure*
- Che gli altri figli conviventi del padre/madre non svolgono attività lavorativa o sono lavoratori autonomi

- Che gli altri figli del padre/madre non hanno mai fruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona  
*oppure*
- Che gli altri figli del padre/madre hanno usufruito di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in situazione di disabilità grave
- Che gli altri figli del padre/madre non hanno chiesto per la stessa persona in condizione di disabilità grave, nei periodi indicati, congedi straordinari e non intende richiederli negli stessi periodi
- Che il padre/madre non ha fratelli o sorelle o non convive con alcuno di essi  
*oppure*
- Che i fratelli/sorelle conviventi del padre/madre non svolgono attività lavorativa o sono lavoratori autonomi
- Che i fratelli/sorelle conviventi del padre/madre non hanno mai fruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona  
*oppure*
- Che i fratelli/sorelle conviventi del padre/madre hanno usufruito di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in situazione di disabilità grave
- Che i fratelli/sorelle conviventi del padre/madre non hanno chiesto per la stessa persona in condizione di disabilità grave, nei periodi indicati, congedi straordinari e non intende richiederli negli stessi periodi
- Che i genitori, altri figli e fratelli/sorelle deceduti o totalmente inabili del padre/madre non hanno mai usufruito per l'assistenza al disabile in questione di giorni di congedo straordinario retribuito  
*oppure*
- Che i genitori, altri figli e fratelli/sorelle deceduti o totalmente inabili del padre/madre hanno usufruito complessivamente per l'assistenza al disabile in questione di n. \_\_\_\_\_ giorni di congedo straordinario retribuito
- Di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto
- Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_
  - Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_
  - Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_
- Di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti per gravi e documentati motivi famigliari (art. 4 comma 2 Legge 53/2000)
- Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_
  - Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_
  - Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi gg. \_\_\_\_\_
- Di impegnarsi a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento (*dichiarazione obbligatoria*)
- Di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, possa subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti (*dichiarazione obbligatoria*)
- Che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e di essere consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false. (*dichiarazione obbligatoria*)

La/il sottoscritta/o si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate come il ricovero a tempo pieno del portatore di handicap, la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL, etc...

Il/la sottoscritto/a, è inoltre consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Dichiara inoltre che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e che è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni mendaci.

(art. 495 c.p. e artt. 75 e 76 del DPR 445/2000).

La/il Docente \_\_\_\_\_

Per presa visione:

Il RETTORE DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott. Paolo M. REALE

---

**ALLEGATI**

Certificato rilasciato dalla commissione ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica se non è già in possesso di questa Amministrazione)

Roma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_