

**ISTANZA DI CONGEDO STRAORDINARIO RETRIBUITO PER ASSISTENZA A  
FAMILIARE DISABILE (art.42, comma 5, d. lgs. 26 marzo 2001, n.151)**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ITET TANNIOIA  
CORATO

**OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap  
(decreto legislativo 26 marzo 2001, n.151)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
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:

**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;  
- di essere convivente – ovvero di avere la medesima residenza anagrafica e di coabitare - con il familiare da assistere in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_

- 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;
- che il soggetto disabile non è ricoverato a tempo pieno;
- che non vi sono altri familiari legittimati a fruire, in via prioritaria, del congedo in questione.
- di aver già fruito di periodi di congedo straordinario retribuito per lo stesso soggetto

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. mesi \_\_\_ n. giorni \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. mesi \_\_\_ n. giorni \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. mesi \_\_\_ n. giorni \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. mesi \_\_\_ n. giorni \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n. mesi \_\_\_ n. giorni \_\_\_\_\_

Allega:

dichiarazioni sostitutive: \_\_\_\_\_

certificazioni: \_\_\_\_\_

documenti di identità: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_