

## Richiesta del congedo biennale per assistenza a persona con handicap

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
dell'Istituzione scolastica

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_ con contratto a  
tempo indeterminato/determinato,

### CHIEDE,

di fruire di un periodo di congedo straordinario dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per  
assistere:

- il figlio/la figlia biologico/a \_\_\_\_\_
- il figlio/la figlia adottivo/a \_\_\_\_\_
- il figlio/la figlia affidato/a \_\_\_\_\_
- il fratello/sorella convivente \_\_\_\_\_ *(in caso di decesso o inabilità  
totale di entrambi i genitori)*
- il padre o la madre convivente \_\_\_\_\_
- il marito o la moglie \_\_\_\_\_ .

A tal fine il/la sottoscritto/a, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445,

### DICHIARA

1. di essere padre/madre/fratello/sorella/genitore adottivo/affidatario/marito/moglie di \_\_\_\_\_  
handicappato/a con necessità di assistenza continuativa e permanente ai sensi della Legge n. 104/92;
2. che il padre/la madre \_\_\_\_\_ svolge la seguente attività lavorativa \_\_\_\_\_  
ovvero non lavora per i seguenti motivi \_\_\_\_\_ *(solo nel caso di figlio/a  
handicappato/a maggiorenne convivente)*
3. di prestare assistenza in via continuativa ed esclusiva *(solo nel caso di figlio/figlia handicappato/a  
maggiorenne non convivente)*;
4. di essere convivente con il fratello/la sorella handicappato/a grave *(solo nel caso di fratello/sorella)*;
5. che per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ il padre/la madre non fruirà contemporaneamente del  
medesimo congedo straordinario *(in caso di figlio disabile)*;

6. di aver già fruito in precedenza, nell'ambito del presente rapporto di lavoro o del precedente rapporto di lavoro \_\_\_\_\_, dei seguenti periodi di congedo straordinario per assistere il medesimo:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allega:

- *Copia fotostatica autenticata del certificato attestante l'handicap rilasciato dalla competente commissione medica legge 104/1992 operante presso l'ASL*
- *Certificato di nascita del figlio o autocertificazione*
- *Autodichiarazione rilasciata dal coniuge di non aver fruito del congedo per il figlio ovvero attestante i periodi di congedo fruiti*