**RICHIESTA DEL CONGEDO BIENNALE**

# AI SENSI DELL’ART. 80 DELLA LEGGE N° 338 DEL 23/12/2000

 AL DIRIGENTE SCOLASTICO

 del C.P.I.A. n° 4

ORISTANO

# Oggetto: Richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap

# Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a tempo indeterminato

## CHIEDE

ai sensi dell’art. 4 comma 2 della legge 8.2.2000, dell’art. 80 della legge 388/2000 (finanziaria 2001), dell’art. 42 comma 5 del T.U delle disposizioni legislative in materia di sostegno delle maternità e della paternità di cui al decreto legislativo 26.03.2001 n. 151 nonché della circolare INPS n. 64 del 15.03.2001, di fruire di un periodo di congedo straordinario per assistere\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,in situazione di handicap grave .

A tal fine la sottoscritta , ai sensi dell’art. 46 del DPR 28.12.2000 n. 445,

## DICHIARA

* Di essere padre/madre/fratello/sorella/genitore/figlio/figlia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ handicappato grave con necessità di assistenza continuativa e permanente;

che il proprio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ non è ricoverato a tempo pieno e non esplica attività lavorativa;

* di aver titolo a fruire dei benefici previsti dall’art, 33 della legge 104/92
* che in precedenza ha fruito dei seguenti periodi nell’ambito dello stesso rapporto di lavoro:

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

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

Allega:

copia del certificato attestante l’handicap rilasciato dalla competente commissione medica;

autocertificazione rilasciata dagli altri familiari di non aver fruito dei medesimi congedi e di rinuncia ad avvalersene .

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

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

Oristano, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

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