



CPIA2 MILANO
ILARIA ALPI  **MIM**
Ministero dell'Istruzione
e del Merito

Centro Provinciale Istruzione degli Adulti - Centro Regionale Ricerca Sperimentazione & Sviluppo (CRRSS)

Sede centrale: Piazza Costa 23 - 20092 Cinisello Balsamo (MI) - Tel. 0291974839

Sedi associate: Sesto San Giovanni - Pioltello - Vaprio D'Adda

Sito internet: www.cpia2milano.edu.it - email: mimm0cd00g@istruzione.it



AI DIRIGENTE SCOLASTICO
Del CPIA 2 Milano "Ilaria Alpi"
Piazza Costa, 23
20092 Cinisello Balsamo

OGGETTO: Domanda di permesso straordinario retribuito per assistenza portatore handicap grave di DURATA BIENNALE

Il/la sottoscritto/a _____ nat. _____ il _____ a _____

Codice Fiscale _____ residente a _____

In via _____ n. _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di _____

con contratto: a tempo ☐ INDETERMINATO ☐ DETERMINATO

CHIEDE

di assentarsi per:

usufruire del **congedo biennale** retribuito di cui ad art. 42, c. 5, D. Lgs n. 151/2001, come modificato da sentenze Corte Costituzionale n. 233/08.06.2005 e n. 19 /26.01.2009, in quanto:

☐ genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;

☐ genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;

☐ parente, affine o coniuge di una persona con disabilità (se figlio, deve essere autocertificato se esistono altri fratelli che coabitano con i genitori e, nell'ipotesi che esistano, che non abbiano richiesto di usufruire di tale beneficio);

☐ intero, _____ dal _____ al _____ per mesi: _____ gg. : _____

☐ frazionato, _____ dal _____ al _____

per mesi: _____ gg. : _____ dal _____ al _____ per mesi: _____ giorni : _____

dal _____ al _____ per mesi: _____ giorni : _____

dal _____ al _____ per mesi: _____ giorni : _____

dal _____ al _____ per mesi: _____ giorni : _____

☐ di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28.12.2000, n. 445.



CPIA2 MILANO
ILARIA ALPI  **MIM**
Ministero dell'Istruzione
e del Merito

Centro Provinciale Istruzione degli Adulti - Centro Regionale Ricerca Sperimentazione & Sviluppo (CRRSS)

Sede centrale: Piazza Costa 23 - 20092 Cinisello Balsamo (MI) - Tel. 0291974839

Sedi associate: Sesto San Giovanni - Pioltello - Vaprio D'Adda

Sito internet: www.cpia2milano.edu.it - email: mimm0cd00g@istruzione.it



Avvertenza: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ 1]

- ai sensi della legge n. 15/1968 e del DPR 445/2000 di **essere effettivamente convivente** con il/la sig./sig.ra _____ (specificare la relazione di parentela o affinità) _____ unitamente al quale abita nel Comune di _____ (_____) via _____ e che la descritta situazione risulta agli atti dell'anagrafe del Comune, avendo il/la sottoscritt_____ adempiuto alle prescrizioni dell'art. 13 del DPR n° 223/89.
- consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 per le false attestazioni e dichiarazioni di essere l'unico/a ad usufruire dei permessi lavorativi regolati dalla Legge 104/92 per l'assistenza di sig./sig.ra _____

DATI PORTATORE DI HANDICAP

COGNOME E NOME	Parentela	Luogo e data di nascita
CODICE FISCALE	RESIDENZA	Via/Piazza/V.le
Rapporto di parentela con il dichiarante	☐ Sé stesso ☐ genitore ☐ coniuge ☐ figlio ☐ parente entro 3° grado	
Portatore di handicap grave accertato dalla ATS di	Competenza territoriale	data
Disabilità rivedibile	☐ sì ☐ no	

STATO DI FAMIGLIA DEL PORTATORE DI HANDICAP

COGNOME E NOME	Data/Luogo nascita	Professione (*) (**)



(*) Nella professione va indicata anche la condizione non lavorativa e va precisato se titolare di pensione di inabilità lavorativa al 100% o invalidità civile superiore ai 2/3 (in questi ultimi casi vanno allegate le relative certificazioni).

Avvertenza

- ☐ Se altri familiari non lavoratori convivono con il soggetto portatore di handicap, deve essere dimostrata la loro impossibilità di prestare assistenza perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità. Si precisa che lo stato di salute non può essere autocertificato, ma documentato da certificazione medica.
- ☐ In caso di presenza di lavoratore deve essere prodotta autocertificazione.

IN CASO DI NON CONVIVENZA DEL GENITORE CON IL FIGLIO PORTATORE DI HANDICAP

Il richiedente

- ☐ **dichiara** di non essere convivente con il soggetto in condizione di handicap grave, ma di svolgere con continuità assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli assistenza.

☐ indica

- ☐ la distanza chilometrica tra l'abitazione del richiedente ed il portatore di handicap: Km _____
- ☐ il tempo necessario per raggiungere l'abitazione del portatore di handicap ore _____

SIA IN CASO DI CONVIVENZA CHE NON CONVIVENZA CON IL PORTATORE DI HANDICAP

Il richiedente

- ☐ **dichiara**, inoltre, che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap.

DICHIARAZIONE ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE DEL DISABILE

II/La sottoscritt _____ nat_a _____
_____ prov. (____) il _____

II/La sottoscritt _____ nat_a _____
_____ prov. (____) il _____

II/La sottoscritt _____ nat_a _____
_____ prov. (____) il _____

conviventi con il/la Sig. _____
_____ (specificare la relazione di parentela
o affinità) _____, familiare disabile, con il quale
abitano nel Comune di _____

via _____



DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai sensi della legge n° 15/68 e DPR 445/2000 di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi:

e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti dall'art. 33, l. 104/92 e di non averne beneficiato in precedenza.

Firme

li, _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (art. 46_DPR 445/2000)

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

- ☐ le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità;
- ☐ è consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e perdere gli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione;
- ☐ il dipendente presta assistenza nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- ☐ il dipendente necessita delle agevolazioni per esigenze legate alla situazione di disabilità;
- ☐ il dipendente è consapevole che le agevolazioni sono strumento di assistenza al disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- ☐ il dipendente è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione ed un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
- ☐ il dipendente si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione, della situazione di fatto e di diritto, da cui consegue la perdita delle agevolazioni.



ALLEGATI

- ☐ Certificato rilasciato dall'ASL attestante lo stato di gravità dell'Handicap
- ☐ Certificato del medico specialista (in attesa venga consegnato il certificato rilasciato dall'ASL)
- ☐ Altra documentazione:

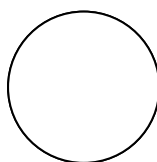
Cinisello Balsamo, _____

Firma

VISTI l'istanza dell'interessato , gli atti d'Ufficio e le esigenze di servizio:

VISTA LA DOMANDA:

- ☐ si concede
- ☐ non si concede



LA DIRIGENTE SCOLASTICA
(Lucia Antonia Pacini)

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

GIORNI SPETTANTI MESE _____ **a.s. 20** ____ / **20** ____

Spettanti giorni _____

Residui giorni _____