

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

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

**Oggetto: richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap**

\_ 1 \_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_/  
\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov . (\_\_\_\_), residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, in servizio presso codesta Istituzione  
Scolastica , in qualità di \_\_\_\_\_ con contratto di lavoro a tempo  
indeterminato

**COMUNICA**

che il proprio familiare \_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ è portatore di handicap che necessita di  
assistenza permanente, continuativa e globale, ai sensi della legge n° 104/1992.  
Consapevole delle sanzioni di legge per le dichiarazioni mendaci ,

**DICHIARA**

che da parte del proprio coniuge Sig. \_\_\_\_\_ non vi è contemporaneità di  
fruizione del congedo;

che per il proprio familiare, per il periodo richiesto, non è ricoverato in una struttura pubblica o privata;

di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata;

di essere convivente con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra specificato;

che in precedenza non ha fruito del congedo / ovvero di aver fruito dei seguenti periodi nell'ambito dello stesso o di  
altro precedente rapporto di lavoro:

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

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

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

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

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

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

**CHIEDE**

Pertanto, ai sensi dell'art. 80 della legge n° 338 del 23/12/2000, di usufruire di un periodo di congedo dal  
\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ .

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 familiare (o autocertificazione)*
- *Autodichiarazione rilasciata dal coniuge di non aver fruito del congedo ovvero attestante i periodi di congedo fruiti*

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_