

**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO - PIAZZA CAPRI**

Scuola dell'Infanzia - Scuola Primaria - Scuola Secondaria di I Grado
Piazza Monte Baldo, n° 2 - C.a.p. 00141 - Roma (RM) - Tel. 06 / 87183967
Tel. 06 / 95955110 - C.F. 97711760583 - C.M. RMIC8EF00X - CODICE UNIVOCO UFFICIO = UFIO5Z

☒ E-Mail P.e.o. ☐ rmic8ef00x@istruzione.it /// ☒ E-Mail P.e.c. ☐ rmic8ef00x@pec.istruzione.it
☒ E-Mail Docenti ☐ personale@icpiazzacapri.edu.it /// SITO ISTITUZIONALE ☐ <https://www.icpiazzacapri.edu.it>

Modulo dichiarazione di conferma beneficio congedo biennale ex dell'art. 42 comma 5 del D.Lgs. n. 151 del 2001

**ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
I.C. PIAZZA CAPRI
di Roma**

OGGETTO: Dichiarazione di conferma dei requisiti richiesti dalla normativa per il beneficio del congedo biennale per assistenza soggetto con handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 42 comma 5 del D.Lgs. n. 151 del 2001. – A.S. 2025/26

 1 sottoscritt _____ nat il _____
a _____ (Prov. _____) residente a _____
(Prov. _____), Via/P.zza _____ cn. _____,
in servizio presso codesta Istituzione scolastica in qualità di _____, con
rapporto di lavoro a Tempo ☐ Indeterminato ☐ Determinato, già destinatario di un Decreto
relativo al beneficio del congedo biennale per assistenza soggetto con handicap in situazione di
gravità ai sensi dell'art. 42 comma 5 del D.Lgs. n. 151 del 2001 da parte di codesto Istituto
nell'A.S. 2024/2025

in qualità di:

☐ **coniuge convivente/parte dell'unione civile convivente/ convivente di fatto ai sensi dell'articolo 1, comma 36, della legge n. 76/2016 della persona disabile in situazione di gravità,**

☐ **padre o madre naturale o adottivo/a, anche se non convivente, del figlio disabile in situazione di gravità**

(in caso di mancanza, decesso o in presenza di patologie invalidanti del coniuge convivente / della parte dell'unione civile convivente / del convivente di fatto di cui all'articolo 1, comma 36, della legge n. 76/2016)

☐ **figlio/a convivente della persona disabile in situazione di gravità,**

(nel caso in cui il coniuge convivente / la parte dell'unione civile convivente / il convivente di fatto di cui all'articolo 1, comma 36, della legge n. 76/2016 ed entrambi i genitori del disabile siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti)

☐ **fratello o sorella convivente della persona disabile in situazione di gravità,**

(nel caso in cui il coniuge convivente / la parte dell'unione civile convivente / il convivente di fatto di cui all'articolo 1, comma 36, della legge n. 76/2016, entrambi i genitori e i figli conviventi del disabile siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti)

☐ **parente/ affine entro il terzo grado convivente della persona disabile in situazione di gravità**

(nel caso in cui il coniuge convivente / la parte dell'unione civile convivente / il convivente di fatto di cui all'articolo 1, comma 36, della legge n. 76/2016, entrambi i genitori, i figli conviventi e i fratelli o sorelle conviventi siano mancanti, deceduti o affetti da patologie invalidanti).

consapevole

- ❖ delle disposizioni contenute nel DPR , 445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti;
- ❖ delle sanzioni penali previste dall'art.55 quinquies (comma 1 e 2) del D.lgs. n° 165/2001

dichiara sotto la propria responsabilità

che continuano a sussistere i requisiti e le condizioni per usufruire del beneficio del congedo biennale per assistenza soggetto con handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 42 comma 5 del D.Lgs. n. 151 del 2001.

A tal fine specifica

di essere convivente con il familiare disabile in situazione di gravità per il quale è richiesto il beneficio

che i soggetti che precedono nell'ordine di fruizione stabilito dall'art. 42 comma 5 bis del D.lgs. n. 165 del 2001 sono: ☐ deceduti ☐ mancanti ☐ affetti dalle seguenti patologie invalidanti_____

che il soggetto da assistere non è ricoverato a tempo pieno

che il soggetto da assistere è stato accertato in stato di handicap grave ai sensi dell'art. 4 comma 1, della Legge 104/1992 dalla Asl di _____ in data _____
Rivedibile: SI NO

DICHIARA INOLTRE

☐ che non sono stati usufruiti, da altri aventi diritto, giorni di congedo straordinario con o senza indennizzo per lo stesso familiare disabile;

☐ che sono stati fruiti, da altri familiari aventi diritto, (indicare cognome, nome, data di nascita, tipologia di parentela con il disabile, luogo di lavoro)_____

giorni di congedi straordinari con indennizzo o senza retribuzione (art 4, comma 2. L.53/2000) per lo stesso soggetto:

dal _____	al _____	tot. gg _____
dal _____	al _____	tot. gg _____
dal _____	al _____	tot. gg _____

La/il sottoscritta/o si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate come il ricovero a tempo pieno del portatore di handicap, la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL, etc...

Il/la sottoscritto/a, è inoltre consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti.

Dichiara inoltre che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e che è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende dichiarazioni mendaci (cfr. artt. 75 e 76 del DPR 445/2000).

Data _____

Firma dipendente _____