

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

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

✉ SITO ISTITUZIONALE <https://www.icpiazzacapri.edu.it>**ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
I.C. PIAZZA CAPRI
ROMA**

OGGETTO: Dichiarazione 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

__l__ 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,

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

chiede

il beneficio del congedo biennale ai sensi dell'art. 42 comma 5 del D.Lgs. n. 151 del 2001 per assistenza al/alla _____, nato/a a _____ il _____, residente in _____ Via/Piazza _____ C.F. _____ dal _____ al _____

dichiara sotto la propria responsabilità

1. di essere convivente con il familiare disabile in situazione di gravità per il quale è richiesto il beneficio
2. che i soggetti che precedono nell'ordine di fruizione stabilito dall'art. 42 comma 5 bis del D.lgs. n.165 del 2001 sono:
 - Il coniuge convivente _____ di _____ è:
 - ☐ deceduto
 - ☐ mancante
 - ☐ affetto da patologie invalidanti _____
 - I genitori di _____ sono:
 - ☐ deceduti
 - ☐ mancanti
 - ☐ affetti da patologie invalidanti _____
3. che il soggetto da assistere non è ricoverato a tempo pieno
4. 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 _____

☐ che sono stati fruiti dal richiedente 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 _____

☐ che sono stati fruiti dal richiedente giorni di congedi straordinari con indennizzo o senza retribuzione (art 4, comma 2. L.53/2000) per altro soggetto con disabilità (indicare cognome, nome, data di nascita luogo di nascita, codice fiscale del disabile):

dal _____ al _____ tot. gg _____

dal _____ al _____ tot. gg _____

Luogo _____, data _____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a _____, C. F. _____,

è consapevole

che la fruizione del presente congedo è subordinata all'emanazione di apposito decreto, soggetto — ai sensi del D.Lgs. n. 123/2011 — al controllo preventivo della competente Ragioneria Territoriale dello Stato (RTS) e al successivo pagamento della relativa indennità.

Pertanto, in caso di mancata approvazione del decreto da parte della Ragioneria Territoriale dello Stato competente, il/la sottoscritto/a _____, Codice Fiscale _____,

si impegna a giustificare l'assenza mediante l'istituto dell'aspettativa non retribuita per motivi personali e/o familiari.

In alternativa, qualora il decreto di concessione venga revocato dalla Dirigente Scolastica, il/la sottoscritto/a _____, Codice Fiscale _____, si impegna a restituire integralmente le somme eventualmente percepite.

Luogo _____, data _____

Firma _____

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 _____

Visto del Dirigente scolastico _____