**RICHIESTA PERMESSO STRAORDINARIO RETRIBUITO DI DURATA BIENNALE**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il / la sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso la scuola

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di codesto Istituto

con contratto a tempo □ indeterminato □ determinato in qualità di □ Docente □ A.t.a.

C H I E D E

Di poter fruire del permesso straordinario retribuito per assistenza portatore handicap grave, di durata biennale per assistere il/la sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (coniuge / figlio / madre / padre / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) :dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

di non aver usufruito/di aver usufruito dei seguenti periodo relativi al congedo biennale

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

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

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

per un totale di giorni\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

----------------------------------------------------------------------------------------------

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Art. 46 T.U. D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a ………………………………. Nato/a a ……………………………………..…

il …………… Residente a ……………………………………………………………………… in via …………………………………………………………………………… C.A.P. …………….

Consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (art. 76 e 75) e informata che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del Decreto Legge 196/2003;

Relativamente alla domanda di richiesta di congedo straordinario per assistere ………………….………………. Nato/a a ……………………….. il ………………………….:

**DICHIARA**

* Di risiedere nello stesso Comune e indirizzo di ………………………………(coniuge / figlio / madre / padre) con cui è CONVIVENTE in via ………………………………. :………………………………………………………………………………………………..
* Di essere l’unica persona che usufruisce del Congedo Straordinario per assistere …….. …………………………. in quanto …………………………….(statp civile)
* Dichiaro che lo stesso non è ricoverato a tempo pieno presso alcuna Struttura.
* Di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto il riconoscimento delle stesse comporta la conferma dell’impegno – morale oltre che giuridico- a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
* Di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l’amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l’effettiva tutela dei disabili;

data,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il dichiarante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_