**RICHIESTA DEL CONGEDO BIENNALE**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

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

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

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

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

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

## COMUNICA

Che il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è portatore di handicap che necessità di assistenza permanente, continuativa e globale, ai sensi della legge n° 104/1992.

Consapevole delle sanzioni di legge per le dichiarazioni mendaci ,

## DICHIARA

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

## CHIEDE

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;*
* *Dichiarazione attestazione di residenza con disabile;*

Aversa li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

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