DOMANDA DI CONGEDO STRAORDINARIO PER IL CONIUGE CON DISABILITÀ
(art. 42 T.U. sulla maternità e paternità - Decreto Legislativo n. 151/2001, come modificato dalla legge n. 350/2003)

Al Dirigente Scolastico
IPSSS "PERTINI"
Via Vesalio Cagliari

Oggetto: Domanda di congedo straordinario per il coniuge con disabilità

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ e residente in _____ Prov. _____

via _____ C.A.P. _____ assunto a _____

in qualità di _____ presso _____

CHIEDE

di usufruire del congedo straordinario spettante al coniuge di persone in condizione di handicap grave e della relativa indennità (art. 42 T.U. sulla maternità e paternità - Decreto Legislativo n. 151/2001).

PERIODI DI CONGEDO RICHIESTI

Chiedo di poter usufruire dei congedi straordinari, con pagamento della relativa indennità, nei seguenti periodi:

dal _____ al _____
dal _____ al _____
dal _____ al _____
dal _____ al _____

DICHIARAZIONE DEL CONIUGE RICHIEDENTE

DICHIARO

- di essere convivente con il coniuge in condizione di disabilità grave

- che i genitori e/o i fratelli del mio coniuge non hanno mai usufruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave

• che i genitori e/o i fratelli del mio coniuge hanno usufruito di n. _____ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave

• di svolgere attività lavorativa alle dipendenze _____ con contratto:

- a tempo indeterminato

- a tempo determinato con scadenza il _____

- a part time verticale (periodi di prevista attività di lavoro):

dal _____ al _____

• di aver già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto:

dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____

presso l'Azienda/Ente, via, n., città:

_____

• di aver già usufruito di congedi straordinari non retribuiti "per gravi e documentati motivi familiari" *(*art. 4, comma 2, Legge n. 53/2000*)*

dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ al _____ gg. _____

dal _____ *al* _____ *gg.* _____

presso l'Azienda/Ente, via, n., città:

_____

• di non usufruire, in nessuno dei mesi solari in cui cadono i periodi di congedo straordinario indicati in questo modulo dei permessi previsti dall'art. 33 della Legge 104/1992 per l'assistenza alle persone in condizione di disabilità grave.

Data _____

Firma(1)

_____

DICHIARAZIONE DELCONIUGE RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ e residente in _____ Prov. _____

via _____ C.A.P. _____ CF _____

DICHIARA

• di essere coniuge convivente

• di essere in condizione di disabilità grave (art. 4, comma 1, della Legge n. 104/1992) accertata dalla Commissione ASL di _____

• di non essere ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati

• di essere in condizione di disabilità grave (art. 4,comma 1, della legge n. 104/1992) accertata dalla Commissione ASL di _____

• di non essere ricoverato a tempo pieno

• di non essere impegnato/a in attività lavorativa

• di essere assistito con carattere di sistematicità ed adeguatezza dal coniuge richiedente

Firma(1)

_____