
	<p style="text-align: center;"><b>CPIA L'AQUILA</b> CENTRO PROVINCIALE PER L'ISTRUZIONE DEGLI ADULTI</p> <p style="text-align: center;">Strada Statale 80 n.8/B - 67100 L'AQUILA Codice Meccanografico: AQMM074001      C. F. 93085130669 Tel. 0862/313475 - sito web: <a href="http://www.cpiaaquila.edu.it">www.cpiaaquila.edu.it</a> e-mail: <a href="mailto:aqmm074001@istruzione.it">aqmm074001@istruzione.it</a> - pec: <a href="mailto:aqmm074001@pec.istruzione.it">aqmm074001@pec.istruzione.it</a></p>	
---	--	---

C.P.I.A. L'AQUILA - C.P.I.A. L'AQUILA-L'AQUILA  
**Prot. 0000549 del 30/01/2026**  
 VII (Uscita)

A TUTTO IL PERSONALE

DEL CPIA

Oggetto: Compilazione modello domanda congedo biennale – Comunicazione al personale.

Si comunica al personale che per la richiesta di congedo straordinario (congedo biennale) per assistere il familiare disabile in situazione di gravità va compilato esclusivamente il modello allegato fornito dalla Ragioneria Territoriale di L'Aquila.

La compilazione deve essere come di seguito specificato:

- senza omissioni (non vanno lasciati campi in bianco);
- senza sbarrare e/o cancellare;
- senza modificare il modello;
- se richiesto ripetere l'informazione anche se è già stata inserita.

Il Dirigente Scolastico  
*Prof.ssa Alessandra De Cecchis*  
 Firma autografa omessa ai  
 sensi dell'art. 3, D. Lgs. 12/02/1993, n. 39

**MODELLO DI DOMANDA PER CONGEDO STRAORDINARIO PER ASSISTERE IL GENITORE  
DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA'  
(art. 42, comma 5 D.L.vo N.151/2001)**

**AL Dirigente Scolastico**

.....

**OGGETTO: Richiesta congedo biennale per assistenza persona in situazione di handicap**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ,  
C.F. \_\_\_\_\_ , residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ e domiciliato in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in servizio presso questa scuola in qualità di  
\_\_\_\_\_ con rapporto di lavoro a Tempo \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di usufruire del congedo biennale retribuito di cui ad art. 42, c. 5 D.L.vo n.151/2001, come modificato da sentenze Corte Costituzionale n. 233/08/06/2005 e n. 19/26/01/2009, in quanto:

\_\_\_ genitore della personale disabile;

\_\_\_ parente, affine o coniuge di una persona con disabilità (se figlio, deve essere autocertificato se esistono altri fratelli che coabitano con i genitori e, nell'ipotesi che esistano, che non abbiano richiesto di usufruire di tale beneficio);

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

**DICHIARA**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Artt. 46 e 47 (R) T. U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

a) che l'ASL di \_\_\_\_\_ , nella seduta del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

Via /P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Domiciliat\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

Via /P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

b) che la famiglia anagrafica (da stato di famiglia) della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela

Come risulta dalla certificazione che si allega:

- di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;
- che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
- che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso soggetto portatore di handicap;
- di essere **convivente** con il soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;
- che il familiare è in vita;
- che il sottoscritto presta assistenza nei confronti del familiare disabile per il quale sono state chieste le agevolazioni e che le stesse sono uno strumento di assistenza del disabile;
- di aver usufruito del congedo:
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg.: \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg.: \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg.: \_\_\_\_\_
- di voler fruire del congedo:
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per mesi: \_\_\_\_\_ gg.: \_\_\_\_\_**

Solo per coloro che richiedono i permessi per assistere un parente/affine entro il 3° grado:

- che i seguenti parenti o affini entro il 3° grado, conviventi con la persona sopra indicata non possono fornirLe assistenza, ancorchè non lavoratori, per i motivi indicati a fianco di ciascun nominativo:

Cognome e Nome	Grado di parentela	Indirizzo di residenza Indirizzo di domicilio

- di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni

possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71,75 e 76 – T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n. 445.

**AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.**

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma)

Si allega:

\_ La documentazione del certificato attestante l'Handicap rilasciata dalla competente commissione medica Legge 104/92 dell'ASL.

Note:

- 1- Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento); parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc);
- 2- la convivenza può essere permanente o temporanea in base all'art. 6 della circolare I.N.P.S. n. 32 del 06/038/2012.