

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(artt. 46/47 testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)  
- D.P.R. 28/12/2000 n.445 -

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,  
C.F. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ in servizio presso il 3° C.D. "N. Fraggianni"  
di Barletta, in qualità di \_\_\_\_\_, con rapporto di lavoro a tempo  
 determinato  indeterminato, al fine di usufruire del congedo biennale retribuito, di cui all'art.  
42, c. 5, D.L.vo N. 151/2001, come modificato da sentenze Corte Costituzionale n. 233  
dell'8/6/2005 e n. 19 del 26/01/2009,

### DICHIARA

1. Che l'ASL di \_\_\_\_\_ nella seduta del \_\_\_\_\_, prot. n. \_\_\_\_\_  
ovvero la Sentenza del Tribunale di \_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_\_\_, prot.  
n. \_\_\_\_\_ ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3, c. 3,  
della legge 104/1992), di:

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Grado di parentela: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_, luogo di nascita \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

2. di prestare assistenza continuativa ed esclusiva alla persona sopra indicata;
3. che la persona per la quale viene richiesto il congedo non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
4. che nessun altro familiare beneficia del congedo per lo stesso soggetto portatore di handicap (ai sensi dell'art. 3, c. 3, della legge 104/1992);
5. di essere convivente del soggetto portatore di handicap all'indirizzo sopra indicato;
6. di voler fruire del congedo secondo le seguenti modalità:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per gg. \_\_\_\_\_.

7. di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che l'amministrazione possa effettuare controlli sulla veridicità delle documentazioni amministrative (D.P.R. 28/12/200, n. 445.)

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

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si attesta l'adempimento delle disposizioni in materia di controllo delle dichiarazioni sostitutive di certificazione

Il Dirigente Scolastico