

CONGEDO PER CURE (PER GLI INVALIDI)

(art. 7 D.lgs. 119/2011)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

SEDE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente in _____ alla
via _____ dipendente di ruolo in qualità di _____ C.F. _____ n° _____
partita _____ in servizio presso _____

CHIEDE

di fruire di un periodo di congedo per gg. _____ (massimo trenta giorni all'anno, anche in maniera
frazionata) dal _____ al _____, per sottoporsi a cure. A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e
47 del D.P.R. 445/2000, il/la sottoscritto/a

DICHIARA

di essere mutilato/a o invalido/a civile, cui è stata riconosciuta una riduzione della capacità lavorativa
superiore al 50%.

A tal fine allega la seguente documentazione:

☐ dichiarazione che il certificato attestante la riduzione della capacità lavorativa in misura superiore al 50%
è già in possesso di questa Amministrazione;

oppure

☐ certificato attestante la riduzione della capacità lavorativa in misura superiore al 50%;
☐ certificato del medico convenzionato con il SSN attestante la necessità della cura in relazione all'infermità
invalidante riconosciuta.

Il/La sottoscritto/a **si impegna** a presentare, al rientro in servizio, la certificazione rilasciata dalla struttura
dove sono state effettuate le cure richieste.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che:

☐ è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci
dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a
verità (art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445);
☐ decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione
non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto
della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445).

Distinti saluti

Luogo e data _____

Il/La dipendente _____ (*)

**(*) Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto oppure sottoscrivere e allegare copia fotostatica di un
documento di identità del sottoscrittore. In caso di documento non più valido, il dipendente deve dichiarare, nella
fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio. (art. 38 DPR
445/00).**

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

(articolo 13 del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni)

I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente al fine della concessione dei permessi richiesti e verranno utilizzati, con modalità
anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di
fornire gli stessi comporta l'impossibilità di dare corso a quanto richiesto. Il titolare del trattamento dei dati è la scuola _____;
il/la responsabile del Trattamento è il/la _____. I dati verranno comunicati ad altri soggetti pubblici solo nei casi previsti
dalla vigente normativa. L'interessato ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati e la
cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi
legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.

Luogo e data _____

Per presa visione, il/la dichiarante,

Visto Il Dirigente scolastico

Luogo e data _____
