Al Dirigente Scolastico

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Laura Fagioli

OGGETTO: richiesta permessi ai sensi della L.104/92
Il/la sottoscritta

Nata Prov.( ) il

In servizio presso _____ in qualità di _____ a tempo _____

C H I E D E

Di beneficiare

☐ dei permessi previsti dall'art.33 comma 3

☐del congedo biennale dal _____ al _____

DICHIARA

Sotto la **propria personale responsabilità** ai sensi degli art.46,47 del DPR 445/2000
Consapevole che ai sensi dell'art.76 del DPR 445/2000 "Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso(…) nei casi previsti dal presente TU è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"
(barrare le caselle che interessano)
Che presta assistenza nei confronti di _____Nato/a

_____ a prov. (____) il _____Residente a _____

in Via_____ n. ____ che è in situazione di disabilità come da verbale della Commissione Medica allegato

☐ Che il familiare a cui presta assistenza è convivente con il/la sottoscritta

☐ Che il familiare assistito ha il seguente grado di parentela_____ e che il sottoscritto è l'unico familiare che presta assistenza

☐ Che nessuno dei seguenti familiari (fratelli – coniuge – altro)

assiste il familiare in modo continuativo come da dichiarazioni allegate
☐ Che pur avendo un grado di parentela/affinità di **terzo grado** il familiare **non ha** genitori o coniuge che lo possano assistere perché:
☐ **mancanti**
☐ **affetti da patologie invalidanti (documentate)**
☐ **ultrasessantacinquenni**

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni, in particolare: ☐ **l'eventuale ricovero;**
☐ **la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della commissione ASL;** ☐ **la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari.**

In attesa di **accoglimento** della richiesta di cui sopra allega:
☐ copia originale del verbale della Commissione Medica ovvero copia autenticata dello stesso
☐ certificato medico dal quale risulti la patologia invalidante in caso di deroga al 2° di parentela o affinità)
☐ dichiarazione che gli altri familiari entro il secondo grado (o terzo nei casi previsti) non fruiscono dei permessi o non sono idonei a prestare assistenza

Senigallia,

In fede