|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| I.C. “G. Taliercio” | RICHIESTA PERMESSO - Legge 104/1992 art. 33 comma 3  ***da presentare, solo la prima volta, per l’acquisizione del diritto alla fruizione dei giorni di permesso*** | Personale  Docente e ATA |

Al Dirigente Scolastico

\_\_l\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cognome e nome

consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell’art.76 del D.P.R. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia

in servizio presso questo Istituto nel corrente anno scolastico, con incarico a tempo:

Determinato \_\_\_\_\_\_\_ Indeterminato \_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Docente \_\_\_\_\_\_\_ ATA \_\_\_\_\_\_\_

C H I E D E

di poter fruire dei permessi previsti dall’art. 33 comma 3 della Legge 104/1992 e successive modifiche

per assistere \_\_l\_\_ sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

grado di parentela

nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov.\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

che l'ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con verbale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ha riconosciuto

1. la gravità dell'handicap (art.3 comma 3 legge 104/1992).

che è l’unico familiare che può prestare assistenza al disabile in situazione di gravità

di alternarsi, nel limite di tre giorni mensili, nell’assistenza della persona disabile con il seguente familiare lavoratore

* nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

grado di parentela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dipendente della ditta/amm.ne/ Ente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

grado di parentela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dipendente della ditta/amm.ne/ Ente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

che il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno in strutture specialistiche

che si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la

perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di

rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_