**-**Al Dirigente Scolastico

**Oggetto: Richiesta di beneficiare dei permessi previsti dalla legge n. 104/92.**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_ docente – personale A.T.A, assunt\_\_ con contratto a tempo Indeterminato – Determinato in servizio presso codesto Istituto

**CHIEDE**

di beneficiare dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ = giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dei permessi previsti dalla legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni, per prestare assistenza alla seguente persona:

Cognome e nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_

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

15/1968, dichiara; il familiare è in situazione di gravità, come da certificazione rilasciata dal competente collegio

 medico legale dell’A.S.L. che si allega.

 per il familiare sopraindicato non è stato modificato e non si è proceduto a rettifica del

 giudizio sulla gravità dell’handicap da parte delle A.S.L.; il/la sottoscritto/a assiste con continuità

 il/la sottoscritto/a assiste in via esclusiva il familiare disabile; il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno

 a tutt’oggi si dichiara l’esistenza in vita;

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazioni a quanto sopra dichiarato.

Il sottoscritto si impegna a presentare idonea documentazione o titolo di viaggio\*.

\* solo qualora il familiare in condizione di grave disabilità, da assistere, sia residente in un comune differente dal proprio e comunque ad una distanza stradale superiore a 150 km.

 Il/la dichiarante

Spilamberto, ……………….. ………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RISERVATO ALL’UFFICIO

Ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, attestato che il/la Sig. \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace.

-Vista l’istanza di cui sopra e la documentazione allegata;

**E’ AUTORIZZAT….. / NON E’ AUTORIZZAT…..** alla fruizione dei benefici previsti dalla legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni ed integrazioni.

Motivi eventuale diniego\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Massalubrense, ……………………

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 Patrizia Verde

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_