

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO OMNICOMPRESIVO
DI POLLA (SA)

RICHIESTA PERMESSI AI SENSI DELLA L. 104/92, ART. 33, COMMI 3 E 6 E SS.MM.II.

A. S. 20 ____/____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ prov.(____)
residente a _____ prov.(____)
in servizio presso _____ in qualità di Docente / ATA a tempo
determinato / indeterminato

CHIEDE

Di beneficiare dei permessi previsti dall'art.33 c. 3 - 6 della L. 104/92, per il corrente a. s. _____

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"

- Che presta assistenza nei confronti di _____
nato/a a _____ prov. (____) il _____
residente a _____
in Via _____ n° _____
che è in condizione di disabilità come da verbale della Commissione Medica allegato;
- Che la persona con disabilità ha il seguente grado di parentela _____;
- Che la persona con disabilità non è ricoverato a tempo pieno;
- Che nessun familiare beneficia dei permessi e dei riposi per la stessa persona con disabilità;
- Che anche altro familiare _____ beneficia dei permessi o dei
riposi per la stessa persona con disabilità alternativamente al sottoscritto/a e nel limite massimo
mensile dei tre giorni complessivi per entrambi i beneficiari.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

In attesa di **accoglimento** della richiesta di cui sopra allega:

- copia del verbale della Commissione Medica attestante lo stato di persona con necessità di sostegno intensivo ai sensi dell'Art. 3 comma 3 della L.104/1992;
- dichiarazione della persona con disabilità con allegato documento di riconoscimento (pag.2).

Data _____

Firma _____

**DICHIARAZIONE DELLA PERSONA CON DISABILITA' E CON NECESSITA' DI
SOSTEGNO ELEVATO (ART. 3 COMMA 3 L.104/92)**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. (_____) il _____

residente a _____ prov. (_____)

via _____

consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso atti falsi

DICHIARA

- ☐ di essere persona con necessità di sostegno intensivo accertata con verbale della Commissione ASL di _____ il _____;
- ☐ di essere in condizione di disabilità il cui stato di necessità di sostegno intensivo è in corso di accertamento;
- ☐ di non essere ricoverato a tempo pieno;
- ☐ di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla Legge 104/92 per se stesso;
- ☐ di non prestare attività lavorativa;
- ☐ di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;
- ☐ di voler essere assistito dal/la sig./ra _____

nato/a a _____ prov. (_____) il _____

residente in _____ prov. (_____)

via _____ n° _____

C.F. _____

Firma
