

OGGETTO: Richiesta permessi ai sensi della L.104/92

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ Prov.(____) il _____
In servizio presso _____ in qualità di Docente/ATA a tempo
determinato/indeterminato

C H I E D E

Di beneficiare

dei permessi previsti dall'art.33 comma 3

del congedo biennale dal _____ al _____

D I C H I A R A

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 sottoscritto/a

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 consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

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

Data _____

Firma

DATI E DICHIARAZIONI DEL SOGGETTO DISABILE
(DA NON COMPILARE QUALORA SI RICHIEDA PER ASSISTERE AD UN MINORE)

Il/La sottoscritt _____ nato/a a _____

Il _____ residente in _____ prov _____ via/piazza _____

Cap _____ consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art.76 del D.P.R.445 del 28 Dicembre

2000, per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

dichiara:

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di _____ il _____;
- di essere in condizioni di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- di non essere ricoverato a tempo pieno;
- di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso;
- di non prestare attività lavorativa;
- di essere parente di _____ grado del richiedente in quanto _____;
- di voler essere assistito soltanto dal Sig./ra _____ nato/a a _____ il _____ C.F. _____ residente a _____

Si allega copia del documento di riconoscimento n° _____ rilasciato da _____

Il _____

Firma

Data