

OGGETTO: Richiesta permessi ai sensi della Legge 104/92. Anno Scolastico ____/____.

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____
Prov. (____) il _____, in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____
con contratto di lavoro a _____;

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 e 47 del D.P.R. n. 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 _____ e 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 a cui presta assistenza non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata
- 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 con allegate le copie del documento di identità in corso di validità.

Luogo e data, _____

In fede _____