**Al Dirigente Scolastico**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OGGETTO: comunicazione della 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, presso il plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella classe \_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

Di beneficiare

□ dei permessi previsti dall’art. 33 comma 3 della legge 104/92

secondo la seguente modalità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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*”

(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 consegua 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 accertamento provvisorio
* dichiarazione del lavoratore di mancanza di ricovero a tempo pieno della persona in situazione di disabilità grave
* 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 relative C.I.
* carta di identità del richiedente

 Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 In fede

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