Al Dirigente Scolastico

IC Don Milani Uno-Maiorano

Manfredonia (FG)

**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, in servizio al plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella classe \_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di beneficiare:

□ dei permessi previsti dall’art.33 comma 3;

□ del congedo biennale dal \_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_

**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

 Ovvero che l’assistito è seguito da altri familiari (indicarli) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

assiste il familiare in modo continuativo

 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.

Manfredonia, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_