

ISTITUTO COMPRENSIVO N. 20 
C.F. 91360610371 – C.M. BOIC87900B – Codice Univoco di Fatturazione UF5LHN

Al Signor 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, in servizio al plesso _____ nella classe ____ sezione _____

CHIEDE

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"



ISTITUTO COMPRENSIVO N. 20 
C.F. 91360610371 – C.M. BOIC87900B – Codice Univoco di Fatturazione UF5LHN

(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 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 _____

In fede





ISTITUTO COMPRENSIVO N. 20



C.F. 91360610371 – C.M. BOIC87900B – Codice Univoco di Fatturazione UF5LHN

