DIREZIONE DIDATTICA STATALE D A N T E A L I G H I E R I - Capoluogo
Via Marconi, n° 10 - 80031 BRUSCIANO (NA) - Telefax 081/8861345
www.circolodidatticobrusciano.edu.it e-mail: naee11400t@istruzione.it - pec: naee11400t@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico
del Circolo Didattico Dante Alighieri - Brusciano

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, in servizio al plesso _____ nella classe ____ sezione _____

C H I E D E

Di beneficiare dei permessi previsti dall'art.33 comma 3 L. 104/92

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 versa in situazione di disabilità come da verbale della Commissione Medica allegato

- Che il familiare a cui presta assistenza **è/ non è** convivente con il/la sottoscritto/a

- Che il familiare assistito ha, con il sottoscritto, il seguente grado di parentela _____ e che il sottoscritto **è/ non è** l'unico familiare che presta assistenza

- 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 presente richiesta, 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 _____

☐ Si autorizza IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Antonio Gaita