Al dirigente scolastico

Dell’IPSEOA “Alfredo Sonzogni”

Oggetto: Richiesta di beneficiare dei permessi previsti dalla legge n. 104/92.

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_

* docente
* personale A.T.A

assunt\_\_ con contratto a tempo Indeterminato – Determinato in servizio presso codesto Istituto

CHIEDE

di beneficiare dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ = giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dei permessi previsti dalla legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni, per prestare assistenza alla seguente persona:

Cognome e nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi della legge n. 15/1968, dichiara;

* che il familiare è in situazione di gravità (L.104, art.3, comma 3) , come da certificazione rilasciata dal competente collegio medico legale dell’A.S.L. depositata agli atti della scuola.
* per il familiare sopraindicato non è stato modificato e non si è proceduto a rettifica del giudizio sulla gravità dell’handicap da parte delle A.S.L.;
* il/la sottoscritto/a assiste con continuità il familiare
* il/la sottoscritto/a assiste in via esclusiva il familiare disabile;
* il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno;
* a tutt’oggi si dichiara l’esistenza in vita del familiare;

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazioni a quanto sopra dichiarato. Il sottoscritto si impegna a presentare idonea documentazione o titolo di viaggio\*.

\* solo qualora il familiare in condizione di grave disabilità, da assistere, sia residente in un comune differente dal proprio e comunque ad una distanza stradale superiore a 150 km.

Il/la dichiarante…………………………………………………………………..

Nembro, ………………………………………