AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_l\_ sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con contratto a tempo: determinato  indeterminato

 tempo parziale  tempo pieno

**CHIEDE**

di usufruire ai sensi dell’art.33 della Legge 104/92 di usufruire di:

 **3 giorni di permesso mensile**

*ovvero*

**di n. ore\_\_\_\_\_di permesso mensili**

per:

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

codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rapporto di parentela¹\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_comune di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Provincia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente in²\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine dichiara

Che è il referente del disabile

Che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno

Che è convivente con il sottoscritto/a

Di essere consapevole che, producendo un verbale provvisorio dell’ASL o una certificazione dello specialista dopo 90gg. dalla richiesta all’ INPS, nel caso del non riconoscimento dell’handicap **in situazione di gravità** da parte della Commissione Medica di Verifica, l’Amministrazione provvederà al recupero di quanto già usufruito a titolo di permesso per la Legge 104/92.

il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare all’Ufficio eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni precedentemente dichiarate;

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n.445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell’Amministrazione, dichiara inoltre:

* I seguenti parenti/affini entro il 2°grado rispetto al disabile non usufruiscono contemporaneamente dei permessi ai sensi dell’art.33 della Legge 104/92:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e Nome** | **Grado di parentela rispetto al disabile** | **Nome Azienda** | **Indirizzo azienda** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ALLEGA:

* Certificato della competente A.S.L. (o eventuale certificazione provvisoria) che attesta la presenza di una minorazione rientrante nella definizione di handicap di cui ai commi 1 e 3 dell’art. 3 della Legge 104/92 **CON SITUAZIONE DI GRAVITA’**
* Altra documentazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a è consapevole che:

è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art 76 del D.P.R. 445/2000);

decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall’amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt.71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Pavia lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_