

Al Dirigente Scolastico dell' I. C. Don Milani  
Prof. Giuseppe Tito

**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 \_\_\_\_\_

**D I C H I A R A**

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
- 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 conseguia 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