

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

oppure

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

Oppure

Che il familiare assistito ha il seguente grado di parentela \_\_\_\_\_  
e che il sottoscritto non è l'unico familiare che presta assistenza

Che il familiare non è ricoverato né si trova in struttura RSA.

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)

Data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_