Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S. G. Ferraris Acireale

OGGETTO: RICHIESTA DI BENEFICIARE PERMESSI AI SENSI DELLA L.104/92

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ Prov. ( ) il _____
in servizio presso codesto Istituto in qualità di Docente/ATA a tempo Determinato / Indeterminato

CHIEDE

Di beneficiare

□ dei permessi previsti dall'art.33 comma 3
□ del congedo biennale dal _____ al _____

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 _____
C. F.: _____ 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 non è ricoverato a tempo pieno ed è/non è convivente con il/la sottoscritto/a

□ Che il familiare assistito ha il seguente grado di parentela _____

□ Di usufruire del congedo, alternativamente, a seguent __ avente/i diritto
_____

□ Che l'altro/altri beneficiario/i ha/hanno usufruito per il mese in corso di n. giorni _____

□ Che pur avendo un grado di parentela/affinità di **terzo grado** il familiare **non ha** genitori o coniuge che lo possano assistere perché:

- o mancanti
- o affetti da patologie invalidanti (documentate)
- o 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) .

□ 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 _____