

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**LICEO "LAURANA-BALDI" URBINO**

**Oggetto: Autodichiarazione Richiesta Permessi ai sensi della Legge n. 104/92**

**Dati del Richiedente**

Il/La \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. ) il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
In servizio presso: \_\_\_\_\_ in qualità di docente/ATA a tempo  
determinato/indeterminato

**CHIEDO di beneficiare:**

- dei permessi previsti dall'art. 33 commi 3 e 6.
- del congedo biennale dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**DICHIARO sotto la mia responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 e consapevole che ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia":**

**Che presto assistenza nei confronti del seguente familiare:**

- Nome e cognome: \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_
- Residente a: \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_
- Grado di parentela: \_\_\_\_\_
- Che si trova in condizione di disabilità grave come da verbale della Commissione Medica rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**Assistenza prestata in forma esclusiva**

**Assistenza prestata in forma condivisa** con altro familiare che beneficia dei permessi ai sensi dell'art. 33 commi 3 e 6 della Legge n. 104/92:

- Nome condivisore e grado di parentela/altro: \_\_\_\_\_

**Assistenza prestata con grado di parentela/affinità di terzo grado** in quanto l'assistito non ha genitori o coniuge che lo possano assistere perché mancanti/affetti da patologie invalidanti (documentate)/ultrasessantacinquenni

## **Impegni e condizioni**

- Il familiare assistito NON è ricoverato a tempo pieno
- Il familiare assistito è convivente con il/la sottoscritto/a
- Mi impegno a fornire l'autocertificazione annuale dell'esistenza in vita dell'assistito in condizione di disabilità
- Mi impegno a fornire il documento di modalità di fruizione dei permessi e la relativa programmazione
- Mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali modifiche

## **Allegati obbligatori in attesa dell'accoglimento della richiesta:**

- Copia originale o conforme all'originale del Verbale Commissione Medica

Data \_\_\_\_\_

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