

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 _____