

**AI DIRIGENTE SCOLASTICO**

dell'Istituto Comprensivo 2° Anagni

**OGGETTO:** Richiesta permessi ai sensi della L. 104/1992

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

prov. (...) il \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_

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 artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole che ai sensi dell'art 76 del D.P.R. 445/2000 "Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, formi atti falsi o ne faccia uso (...) nei casi previsti dal presente T U 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 \_\_\_\_\_ 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 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 autentica dello stesso

certificato medico dal quale risulti la patologia invalidante in caso di deroga al 2° grado di parentela o di 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 \_\_\_\_\_