**Al Dirigente Scolastico**

**del Liceo Scientifico “Fermi”**

**di Ragusa**

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,

**C H I E D E**

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 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ 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/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