Istituto Comprensivo Statale

“G. Carducci” 80030 Mariglianella

**Modulo richiesta permessi ai sensi della L. 104/92**

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Docente di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nelle classi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 **D.S.G.A.** 🞎 **Assistente Amministrativo** 🞎 **Collaboratore Scolastico**

**🞎 Contratto a tempo indeterminato**

**🞎 Contratto a tempo determinato** (Nomina intero a.s. o termine attività didattiche) 🞎 A tempo determinato (Nomina Temporanea)

In servizio: 🞎 **SCUOLA SECONDARIA** 🞎 **SCUOLA PRIMARIA** 🞎 **SCUOLA DELL’INFANZIA**

**C H I E D E**

di usufruire dei permessi stabiliti dall’art. 33 comma 3, Legge 104/92;

🞏 GIORNO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_GIORNO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_GIORNO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 Permesso frazionato: gg\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 gg\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 gg\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 gg\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 gg\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per un totale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A TAL FINE DICHIARA**

🞏 che la documentazione medica, prevista dall' Art. 33 commi 1e 3 - L. 104/92,è stata già consegnata e acquisita agli atti di codesto Ufficio di Segreteria;

🞏 di necessitare delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità;

🞏 di necessitare delle agevolazioni per le esigenze legate all'assistenza di parente o affine. Generalità dell'assistito:

Cognome Nome Grado di parentela. \_

Residente nel Comune di \*

\*Il lavoratore che usufruisce dei permessi di cui al comma 3 per assistere persona in situazione di handicap grave, residente in comune situato a distanza stradale superiore a 150 chilometri rispetto a quello di residenza del lavoratore, attesta con titolo di viaggio, o altra documentazione idonea, il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito.

* Allega \_
* Si riserva di presentare \_

Il dichiarante è pienamente consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che ,inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art 75), ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000.

Luogo e data -------- firma ------

Annotazioni dell’Ufficio di Segreteria:

Data di consegna\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sigla dell’assistente amministrativo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sigla del D.S.G.A. (soltanto per il personale ATA)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Il Dirigente Scolastico Arch. Roberto Valentini***