

Protocollo:

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo LOZZO ATESTINO

Oggetto: Domanda di permessi per lavoratore disabile in situazione di gravità.
(Art. 33 comma 6 legge 104/1992)

| | |
|------------------------------|-------------------------|
| RICHIEDENTE: | |
| Cognome _____ | Nome _____ |
| Codice fiscale _____ | nato il _____ |
| a _____ | Prov. _____ Stato _____ |
| Cittadinanza _____ | |
| Residente in _____ | Prov. _____ Stato _____ |
| Indirizzo _____ C.A.P. _____ | |
| Telefono* _____ | Cellulare* _____ |
| Indirizzo e-mail* _____ | |
| * <i>dati facoltativi</i> | |

C H I E D O

Di usufruire dei giorni di permesso mensile (massimo 3) (articolo 33 comma 6 legge 104/1992),
che saranno indicate in tempo utile a codesto Ufficio, dal _____

D I C H I A R O

- di svolgere attività lavorativa a tempo pieno con qualifica di _____
- di svolgere attività lavorativa part time:
 - orizzontale
 - verticale: n. giorni lavorativi _____ n. giorni di lavoro effettivi _____
- di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione (articolo 4 comma 1 legge 104/92) di _____

Mi impegno a comunicare a codesto Ufficio qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le Amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Firma _____

Documentazione allegata:

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione attestante lo stato di handicap in situazione di gravità
- Altro (*Indicare*) _____

DICHIARAZIONE DEL FAMILIARE DEL DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA' CHE SI TROVA
IN UNA SITUAZIONE DI IMPEDIMENTO TEMPORANEO PER RAGIONI DI SALUTE

Io sig. _____ ho prestato questa dichiarazione
in qualità di (*grado di parentela*) _____ del disabile che si
trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Firma del familiare _____

RISERVATO AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Attesto che tale dichiarazione è stata resa dal Sig. _____
(*estremi del documento di riconoscimento*) _____
il quale ha altresì dichiarato di essere (*grado di parentela*) _____
del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Solesino, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dichiarazione del disabile in situazione di gravità che non sa o non può firmare
Attesto che tale dichiarazione è stata resa in mia presenza dal dichiarante, identificato mediante (*estremi
di un documento di riconoscimento*) _____
il quale mi ha altresì dichiarato che non può firmare a causa di un impedimento.

Solesino, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE LOZZO ATETSINO

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata,

- SI AUTORIZZA
 NON SI AUTORIZZA

La fruizione dei benefici previsti dalla Legge n. 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

Motivi dell'eventuale diniego:

Solesino, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO