

OGGETTO: 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

### 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 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 consegue 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 \_\_\_\_\_