OGGETTO: Legge 104/1992 art. 33 comma 3.

AL DIRIGENTE SCOLASTICO ISTITUTO COMPRENSIVO di DORGALI (NUORO)

Il/La sottoscritt nat a

 prov. ( ) il , qualifica tempo determinato/indeterminato presso

C H I E D E

di poter fruire dei permessi previsti dall’art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per

□ Se stesso/a;

□assistere il/la sig\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(coniuge / figlio / madre / padre /\_\_\_\_\_\_\_\_) nato a prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/L sottoscritt , consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell’art.76 del D.P.R. n.445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, DICHIARA che:

* necessita delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità/alla situazione di disabilità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

accertata con verbale della Commissione ASL di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno;
* si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno, decesso).

 li Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega:

* + copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell’art.3 –comma 3- della Legge 104/1992;
	+ fotocopia carta di identità e codice fiscale della persona in situazione di disabilità grave.