**Al Dirigente Scolastico**

**dell’Istituto Istruzione Superiore “L. Da Vinci”**

**di Civitanova Marche**

#### **Oggetto: Domanda di permesso retribuito per se stesso o per assistenza a soggetto portatore di handicap grave (Legge 104/92).**

#### Il/la sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(prov.\_\_\_\_\_\_), in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di

 Docente  Ata **con contratto di lavoro a**  t. ind.to  t. det.to

in applicazione dell’art. 33 della Legge 5/2/1992 , n. 104 , come modificato dall’art. 21 del D.L. 27/8/1993 , n. 324 , convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993, n. 423 , nonché dall’art. 3 comma 38, della Legge 24/12/1993, n. 537 e dall’art. 20 della Legge 8/3/2000, n. 53 nonchè del D.Lgs. 105/ 2022,

## **DICHIARA**

## **(barrare solo per assistenza a soggetto portatore di handicap)**

Di essere il referente unico;

Di usufruire del congedo, alternativamente, a seguent avente/i diritto

Che l’/gli altro/altri beneficiario/i ha/hanno usufruito per il mese in corso di n. giorni , pertanto

# **CHIEDE**

di usufruire di giorni n.\_\_\_\_\_\_\_\_di PERMESSO RETRIBUITO per

□ se stesso

## □ assistere il sottoindicato familiare in situazione di handicap grave

## Cognome e nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

## come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale:

1) il / /

2) il / /

3) il / / \_

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e

mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, ai sensi della legge n. 15/1968, dichiara:

• il familiare è in situazione di gravità, come da certificazione rilasciata dal competente collegio medico

legale dell’A.S.L. che si allega;

• per il familiare sopraindicato non è stato modificato e non si è proceduto a rettifica del giudizio sulla

gravità dell’handicap da parte delle A.S.L.;

• il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno e a tutt’oggi si dichiara l’esistenza in vita;

• Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazioni a quanto sopra dichiarato.

Il sottoscritto si impegna a presentare idonea documentazione o titolo di viaggio\*.

\*solo qualora il familiare in condizione di grave disabilità, da assistere, sia residente in un comune differente dal proprio e comunque ad una distanza stradale superiore a 150 km.

Civitanova Marche, ……………….. Il/la dichiarante

……………………………………

***Visto***

Il Dirigente Scolastico

*Dott. Francesco Giacchetta*