AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.C. CALVISANO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A , NATO/A A IL **,**

RESIDENTE A IN VIA N.

IN SERVIZIO PRESSO QUESTO ISTITUTO SEDE DI \_ IN QUALITA’ DI:

* PERSONALE A.T.A. PROFILO
* DOCENTE SCUOLA INFANZIA  PRIMARIA  SEC. DI I GRADO 

CLASSE DI CONCORSO/INSEGNAMENTO

A TEMPO DETERMINATO/INDETERMINATO PER N. ORE SETT.LI.

CHIEDE

DI POTER USUFRUIRE DEI BENEFICI PREVISTI AI SENSI DELL’ART. 33, C. 3 DELLA LEGGE 104/92

IN QUANTO DEVE PRESTARE ASSISTENZA AL/ALLA

NATO/A A IL **,** RESIDENTE A

 \_ IN VIA

IL/LA QUALE E’ STATO RICONOSCIUTO INVALIDO CIVILE, CON DIRITTO ALL’ACCOMPAGNAMENTO E IN SITUAZIONE DI HANDICAP IN STATO DI GRAVITA’ AI SENSI DELLA LEGGE 104/92.

A TAL FINE DICHIARA:

* CHE IL/LA \* **,** NON E’ RICOVERATO/A IN ALCUN ISTITUTO PUBBLICO O PRIVATO;
* CHE IL/LA SOTTOSCRITTO/A E’ CONSAPEVOLE CHE IL DIRITTO ALLA FRUIZIONE EI PERMESSI, AI SENSI DEL D.LGS 105/2022, PUO’ ESSERE RICONOSCIUTO ALLA SOTTOSCRITTA E/O, ALTERNATIVAMENTE, AD ALTRO/I SOGGETTO/I PREVISTO/I DALLA LEGGE, PER L’ASSISTENZA ALLA STESSA PERSONA CON L’HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA’, NEL LIMITE MASSIMO MENSILE DI 3 GIORNI COMPLESSIVI TRA I BENEFICIARI.

SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

* COPIA VERBALE ACCERTAMENTO STATO DI INVALIDITA’
* COPIA VERBALE COMMISSIONE MEDICO-LEGALE AI SENSI DELLA LEGGE 104/92.

LA SOTTOSCRITTA, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA’ CIVILI E PENALI PREVISTE IN CASO DI FALSA DICHIARAZIONE, CONFERMA LA VERIDICITA’ DELLE NOTIZIE FORNITE E SI IMPEGNA A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE EVENTUALI VARIAZIONI ALLA SITUAZIONE SOPRA DESCRITTA

IN FEDE

Calvisano, il

(\*) GRADO DI PARENTELA

 VISTO, SI AUTORIZZA

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

 Prof.ssa Valentina Marafioti