(Modello domanda permessi retribuiti per se stesso)

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: Richiesta Permessi Retribuiti ai sensi dell'art. 33 comma 6, della Legge 104/92, modificato con legge n. 183/2010.-

___L___sottoscritt_____

nat___a_____il_____residente in_____

C.A.P._____n°_____Via_____n°____

dipendente di codesta Istituzione Scolastica con la qualifica_____

in atto in servizio presso _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/92, modificato dalla Legge n° 53 del 08/03/2000, artt. 19 e 20, dalla legge n. 183/2010 e delle vigenti norme contrattuali, di usufruire **per se stess___ di:**

☐ **3 giorni di permesso retribuiti mensili;**

☐ **di due ore giornaliere per ogni giorno di lavoro effettivamente prestato**, essendo l_ stess __ già stat_ riconosciut_ portatore di handicap grave (ex art. 3, comma 3, L. 104/92) come da verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell' handicap (integrata ex art. 4 medesima Legge) dell' Azienda Sanitaria Provinciale di_____, che si allega in copia conforme all'originale.

A tal fine __l__sottoscritt__, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000, consapevole, così come stabilito all'art. 76 del medesimo decreto, delle sanzioni penali per il caso di dichiarazione mendace e falsità negli atti ed uso di atti falsi

DICHIARA

1. di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia per poter beneficiare della legge 104/92;

2. che il Verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap integrata ex art. 4 medesima legge è conforme all'originale in mio possesso e che alla data odierna non ha subito alcuna variazione.

3. che nessun familiare, parente ed affine entro il 3° grado di parentela, lavoratore, ha chiesto di fruire i permessi retribuiti della legge 104/92 art. 33 modificato con legge n. 183/2010, per assistere _l_ sottoscritt_ medesim_.

4. Il sottoscritto necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilita

5. essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;

6. essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela dei disabile;

7. impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni

A tal fine allega:

1. Copia del Verbale di Visita Medica del riconoscimento quale portatore di handicap grave, **reso conforme all'originale;**
2. Documento di identità in corso di validità del dipendente richiedente;

_____ _____

Luogo e data (Firma)