

**OGGETTO: Richiesta concessione permessi retribuiti per usufruire dei benefici a "persona handicappata in situazione di gravità" ex art. 3 comma 3 Legge 104/92
A.S. 2022/2023**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ provincia _____ il _____
e residente/domiciliato in _____ via/piazza _____
_____ n° _____ tel./cell. _____, in
qualità di _____ in servizio presso questa Istituzione
scolastica per il corrente a.s. 2022/2023 ai sensi e per gli effetti del CCNL scuola e della restante normativa
di legge vigente in materia, con la presente

CHIEDE

di avere concesso il diritto ad usufruire dei permessi retribuiti per la propria persona handicappata in situazione di gravità ex Legge 104/92 ss. per il corrente a.s. 2022/2023

Il/la sottoscritto/a a tal fine

DICHIARA

- 1) di allegare, alla presente dichiarazione, copia di un proprio documento di identità personale in corso di validità, e precisamente (specificare): _____
rilasciato/a da _____ il _____;
- 2) di autorizzare la comunicazione della presente comunicazione alle Autorità competenti, al fine di effettuare i dovuti controlli sulla veridicità di quanto sopra dichiarato, come previsto dalle vigenti norme;
- 3) sotto la propria personale responsabilità che nessuna altra persona usufruisce dei benefici per assistenza al sottoscritto;
- 4) di essere stato/a informato/a sul trattamento dei propri dati personali, nonché di avere preso visione e/o ricevuto copia della *Nota informativa sul trattamento dei dati personali (depositata e pubblicata in copia anche all'Albo e nel sito internet della scuola)* e di autorizzare codesta Amministrazione scolastica al trattamento dei propri dati personali per le finalità riconosciute dalle vigenti disposizioni;
- 5) di impegnarsi a presentare a codesta Amministrazione singole richieste di permesso giornaliero (max 3 giorni al mese, anche continuativi) ogni qual volta sia necessario al sottoscritto/a richiedente con un preavviso di almeno cinque giorni e, comunque, per ogni altro caso previsto con esigenza da documentare;

Modello A

- 6) di impegnarsi a comunicare ogni eventuale variazione rispetto ai presupposti della presente richiesta nonché rispetto ai contenuti delle dichiarazioni/certificazioni poste a corredo della presente istanza;
- 7) di allegare, a tal fine, la seguente documentazione (*specificare*):
1. Copia conforme all'originale o autenticata del Verbale della commissione medica di verifica per l'accertamento dell'handicap, rilasciata dalla Azienda Sanitaria Prov.le competente;
 2. Fotocopia della Carta di identità;
 3. Fotocopia del Codice fiscale;
 4. Dichiarazione del soggetto disabile;
 5. _____

CON OSSERVANZA

NEPI, _____

(firma)

Modello A

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ via/piazza _____
consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445/2000, per dichiarazioni non
veritiere, formazione o uso atti falsi

DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave accertata con Verbale della commissione medica di
_____ il _____
- (da compilare solo per assistenza a familiare)
di voler essere assistito **soltanto** dal/la Sig./ra _____
nato/a a _____ prov. _____
il _____ C.F. _____
e residente in _____ via/piazza _____

CON OSSERVANZA

NEPI, _____

(firma)