### Al Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo Polo 2 – Galatone/Secli’ (Le)

**Oggetto: conferma dei requisiti per usufruire dei permessi di cui all’art. 33. Commi 3 o 6, della Legge 104/1992.**

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………...………………

nato/a ………………………………………………………….……. Il ……………………………………….

in servizio presso quest’Istituto in qualità di …………………………………………………………………..

con contratto a tempo determinato/indeterminato, avendo presentato nel decorso anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tutta la documentazione inerente alla fruizione dei permessi di cui alla Legge 104/92, ai sensi e per gli effetti degli art. 75 e 76 del DPR 445/2000 relativi alle dichiarazioni mendaci,

### dichiara

**sotto la propria responsabilità di assistere**

#### Cognome e nome rapporto di parentela

Data di nascita Comune di nascita Provincia

C.F. residente a (se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap) distanza chilometrica tra le due abitazioni Km \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Se superiore a 150 Km dimostrare alla propria Direzione l'assistenza con titolo di viaggio o simili).

#### A tal fine, 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:

 il disabile è in vita;

 l’accertamento dell’ handicap **è**  **IRRIVEDIBILE**  **RIVEDIBILE** il **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 il soggetto in situazione di disabilità grave non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata (eccezioni indicate al punto 5 della Circ. Min. Funzione Pubblica n. 13/2010);

 di essere l’ **unico** soggetto che beneficia dei permessi per la stessa persona in situazione di disabilità grave;

 **di non essere l’ unico** soggetto che beneficia dei permessi per la stessa persona in situazione di disabilità grave**, pertanto usufruirà dei permessi per l'attività di assistenza al disabile, alternativamente al seguente avente diritto (**D.Lgs 105/2022)**:**

NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LUOGO NASCITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In servizio presso (indicare struttura lavorativa recapiti)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allego:**

**dichiarazione di responsabilità e consapevolezza.**

Galatone, …….../ …..… /………….

*Firma del dipendente*

*……………………………………………………….*

*VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO*

*………………………………………………………..*

*Prof. Antonio Caputi*