

**Oggetto: Domanda di ammissione ai permessi art. 33 L. 104/92(per lavoratori portatori di handicap in stato di gravità).**

Al Dirigente scolastico

Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_) e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, - (\_\_) in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tempo determinato/indeterminato

PREMESSO

di essere affetto da handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge n° 104/1992,

CHIEDE

di usufruire, ai sensi dell'art. 33, comma 6, della medesima legge e in base alle reali esigenze:

3 giorni di mensile: dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_ tot. giorni \_\_\_\_

2 ore di permesso giornaliero: dalle ore \_\_:\_\_ del giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_

A tal fine:

Si allega certificato della ASL attestante la connotazione di gravità dell'handicap di cui al comma 3 dell'art. 3 della L.104/1992;

Si impegna a presentare dichiarazione a cadenza annuale che da parte della ASL non si è provveduto a revoche, rettifiche o modifiche circa il giudizio sulla connotazione di gravità, nonchè a comunicare.

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:

Necessita delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di handicap grave; è 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 per l'effettiva tutela dei soggetti in stato di handicap.

Distinti saluti.

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_