***AL DIRIGENTE SCOLASTICO***

***dell’’Istituto Comprensivo Ripalimosani “Alighieri”***

***Via Marconi, 19 – 86025 Ripalimosani (CB)***

***DOMANDA DI PERMESSI PER DIPENDENTE DISABILE***

***(LEGGE 104/1992 ART. 33 COMMA 3)***

**COGNOME E NOME**

…………………………………………………………………………………………………………………………….

**LUOGO E DATA DI NASCITA**

…………………………………………………………………………………………………………………………….

**COMUNE DI RESIDENZA**

…………………………………………………………………………………………………………………………….

**CODICE FISCALE**

……………………………………………………………………………………………………………………………

**INDIRIZZO**

……………………………………………………………………………………………………………………………

# DIREZIONE O STRUTTURA DI APPARTENENZA

……………………………………………………………………………………………………………………………

Chiede

di fruire dei permessi previsti dall’art. 33 comma 3 della legge 104/1992.

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.**

Pagina 1 di 2

**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 disabilità;

* si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.( revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità );

* 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 disabili.

Si allega:

* copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all’art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell’art. 20, comma 1, del D. L.

n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di “disabilità grave” ai sensi dell’art. 3, comma 3, della legge 104/1992;

* certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto richiedente, se, trascorsi 15 giorni ( in caso di patologie oncologiche) e 90 giorni ( per tutte le altre patologie ) dalla presentazione dell’istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica ( verbale da presentare non appena possibile ).

Data………………………………….

Firma del dipendente

…………………………………

Pagina 2 di 2