



ISTITUTO COMPRENSIVO DI BRISIGHELLA

P.tta G. Pianori, 4 – 48013 Brisighella (RA) – Tel 0546-81214
Cod.Fisc. 81001800390–Cod.Mecc. RAIC80700A-Cod.Fatt.U F4HBY

E-mail: raic80700a@istruzione.it -PEC: RAIC80700A@PEC.ISTRUZIONE.IT

SITO WEB: www.icbrisighella.gov.it



Al Dirigente Scolastico

Oggetto: richiesta di permesso per dipendente disabile (art. 33, c. 6, Legge 05/02/1992 n. 104)

pr (_____) il _____ a _____
pr (_____) il _____ e residente a _____ pr (_____)
cap (_____) in _____
in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di _____, con
contratto a tempo _____, in applicazione dell'art. 33, Legge 05/02/1992 n. 104,
come modificato dall'art. 20, Legge 08/03/2000 n. 53, dall'art. 24, Legge 04/11/ 2010 n. 183 e dall'art. 6, c. 1,
lett. a), D. Lgs. 18/07/2011, n. 119

CHIEDE

di usufruire delle ore di permesso giornaliero (art. 33, c. 6, Legge 05/02/1992 n. 104)

dal _____ al _____ dal _____ al _____

dal _____ al _____ dal _____ al _____

di usufruire di n. _____ giorni di permesso retribuito mensile (massimo 3, art. 33, c. 6, Legge
05/02/1992 n. 104)

dal _____ al _____ dal _____ al _____

dal _____ al _____ dal _____ al _____

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76, DPR 28/12/2000 n. 445 e s.m.i.
in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al
provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato DPR, ai
sensi e per gli effetti del DPR 28/12/2000 n. 445 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

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
- di svolgere attività lavorativa a tempo pieno
- di svolgere attività lavorativa a part-time:
 - orizzontale
 - verticale (n. ____ giorni lavorativi – n. ____ giorni di lavoro effettivi)
- di svolgere un orario lavorativo giornaliero pari a n. ____ ore
- di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertata dalla Commissione di _____

_____, li, _____

Firma

Documentazione allegata:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, c. 1, Legge 05/02/1992 n. 104, integrata ai sensi dell'art. 20, c. 1, D. Lgs. 01/07/2009 n. 78, convertito nella Legge 03/08/2009 n. 102, attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, c. 3, Legge 05/02/1992 n. 104, in capo al soggetto che necessita di assistenza
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 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 disponibile)

Firma Digitale (Dirigente / Dsga)