

OGGETTO: DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI PERMESSI RETRIBUITI ASSISTENZA FAMILIARE  
PORTATORI DI HANDICAP (LEGGE 05.02.1992 N°104, ART.33) PERSONALE DOCENTE - ATA

ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_

\_\_ L \_\_ SOTTOSCRITT \_\_\_\_\_ IN SERVIZIO PRESSO QUESTO  
ISTITUTO CON CONTRATTO A TEMPO \_\_\_\_\_ IN QUALITA' DI \_\_\_\_\_,

CHIEDE

AI SENSI DELL'ART. 33 DELLA LEGGE DEL 05.02.1992 N.104, DI POTER USUFRUIRE DEI PERMESSI  
RETRIBUITI PER L'ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_ A TAL PROPOSITO,

DICHIARA

AI SENSI DELL'ART. 47 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000:

DI POSSEDERE I REQUISITI RICHIESTI DALLA LEGGE PER USUFRUIRE DEI PERMESSI RETRIBUITI;

DI COMUNICARE I GIORNI O I PERIODI DI ASSENZA IN TEMPO UTILE;

DI COMUNICARE EVENTUALI VARIAZIONI DELLA STRUTTURA SANITARIA, DELLE NOTIZIE O DELLE  
SITUAZIONI AUTOCERTIFICATE RELATIVI ANCHE ALL'ESISTENZA IN VITA DEL PORTATORE HANDICAP;

CHE NESSUN FAMILIARE BENEFICIA DEI PERMESSI E DELLE AGEVOLAZIONI DI CUI ALL'ART. 33 DELLA  
LEGGE 104/1992 PER LO STESSO PORTATORE HANDICAP;

CHE SIA L'UNICO SOGGETTO IN GRADO DI PRESTARE AL DISABILE ASSISTENZA CONTINUATIVA ED  
ESCLUSIVA CHE, IN CASO DI NON CONVIVENZA, SIA L'UNICO SOGGETTO IN GRADO DI ASSICURARE IL  
PROPRIO SUPPORTO NEI CONFRONTI DEL PORTATORE DI HANDICAP;

CHE IL SOGGETTO PORTATORE DI HANDICAP NON E' RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI  
SPECIALIZZATI;

CHE IL CERTIFICATO RILASCIATO DALL'ASP DI \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_ E' DEPOSITATO  
PRESSO I VOSTRI UFFICI RELATIVO A \_\_\_\_\_ E CHE NON SI  
E' PROCEDUTO A RETTIFICA O NON E' STATO MODIFICATO IL GIUDIZIO SULLA GRAVITA' DELL'ANDICAP  
DA PARTE DELLA STRUTTURA SANITARIA.

\_\_ L \_\_ SOTTOSCRITT \_\_, DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', AI SENSI DELLE DISPOSIZIONI  
DI LEGGE CONTENUTE NEL **D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000**, CHE LE NOTIZIE FORNITE RISPONDONO AL  
VERO E DI ESSERE CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVE, CIVILI E PENALI IN  
CASO DI DICHIARAZIONI FALSE O FRAUDOLENTI DIRETTE A GODERE INDEBITAMENTE I SUDDETTI  
BENEFICI.

ALLEGA IL CERTIFICATO RILASCIATO DALL'ASP DI \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_

Castel di Iudica

FIRMA \_\_\_\_\_

AI SENSI DELLA LEGGE 675/96 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI, ED IN APPLICAZIONE DELL'ART. 23 DEL DECRETO LEGISLATIVO DEL 30 GIUGNO 2003 N.  
**196** (CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI) E NEL PIENO RISPETTO DEL TITOLO II PER I DIRITTI DELL'INTERESSATO,  
AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI, RACCOLTI ANCHE CON SISTEMI E PROGRAMMI INFORMATICI, PER LE FINALITA'  
STRETTAMENTE CONNESSE ALLE FUNZIONI ISTITUZIONALI.

FIRMA \_\_\_\_\_