

Protocollo:

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo "Solesino-Stanghella"  
**SOLESINO (PD)**

Oggetto: **Domanda di permessi per lavoratore disabile in situazione di gravità.**  
(Art. 33 comma 6 legge 104/1992)

<b>RICHIEDENTE:</b>	
Cognome _____	Nome _____
Codice fiscale _____	nato il _____
a _____	Prov. _____ Stato _____
Cittadinanza _____	
Residente in _____	Prov. _____ Stato _____
Indirizzo _____ C.A.P. _____	
Telefono* _____	Cellulare* _____
Indirizzo e-mail* _____	
* <i>dati facoltativi</i>	

C H I E D O

**Di usufruire dei giorni di permesso mensile** (massimo 3) (articolo 33 comma 6 legge 104/1992),  
che saranno indicate in tempo utile a codesto Ufficio, dal \_\_\_\_\_

D I C H I A R O

- di svolgere attività lavorativa a tempo pieno con qualifica di \_\_\_\_\_
- di svolgere attività lavorativa part time:
  - orizzontale \_\_\_\_\_
  - verticale: n. giorni lavorativi \_\_\_\_\_ n. giorni di lavoro effettivi \_\_\_\_\_
- di essere in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione (articolo 4 comma 1 legge 104/92) di \_\_\_\_\_

**Mi impegno a comunicare a codesto Ufficio qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.**

**Sono inoltre consapevole che le Amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.**

**Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.**

Firma \_\_\_\_\_

Documentazione allegata:

- Certificato rilasciato dalla competente Commissione attestante lo stato di handicap in situazione di gravità
- Altro (*Indicare*) \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DEL FAMILIARE DEL DISABILE IN SITUAZIONE DI GRAVITA' CHE SI TROVA  
IN UNA SITUAZIONE DI IMPEDIMENTO TEMPORANEO PER RAGIONI DI SALUTE**

Io sig. \_\_\_\_\_ ho prestato questa dichiarazione  
in qualità di (*grado di parentela*) \_\_\_\_\_ del disabile che si  
trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Firma del familiare \_\_\_\_\_

**RISERVATO AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Attesto che tale dichiarazione è stata resa dal Sig. \_\_\_\_\_  
(*estremi del documento di riconoscimento*) \_\_\_\_\_  
il quale ha altresì dichiarato di essere (*grado di parentela*) \_\_\_\_\_  
del disabile che si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni di salute.

Solesino, \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

**Dichiarazione del disabile in situazione di gravità che non sa o non può firmare**

Attesto che tale dichiarazione è stata resa in mia presenza dal dichiarante, identificato mediante (*estremi  
di un documento di riconoscimento*) \_\_\_\_\_  
il quale mi ha altresì dichiarato che non può firmare a causa di un impedimento.

Solesino, \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "Solesino-Stanghella"**

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata,

- SI AUTORIZZA  
 NON SI AUTORIZZA

La fruizione dei benefici previsti dalla Legge n. 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

Motivi dell'eventuale diniego:

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

Solesino, \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO