



LICEO STATALE "N. JOMMELLI"

Liceo Economico sociale - Liceo Linguistico - Liceo Scientifico - Liceo Scientifico Scienze applicate allo Sport - Liceo Scientifico Sportivo - Liceo delle Scienze Umane

Mod.B

Al Dirigente Scolastico
del Liceo Jommelli
di Aversa

OGGETTO: richiesta permessi ai sensi della L.104/92

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov.(____) il _____

In servizio presso _____ in qualità di Docente/ATA a tempo determinato/indeterminato

CHIEDE

Di beneficiare

☐ dei permessi previsti dall'art.33 comma 3

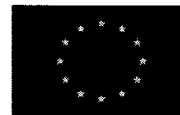
DICHIARA

Sotto la **propria personale responsabilità** ai sensi degli art.46,47 del DPR 445/2000

Consapevole che ai sensi dell'art.76 del DPR 445/2000 "Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso(...) nei casi previsti dal presente TU è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia" (barrare le caselle che interessano)

- ☐ Che presta assistenza nei confronti di _____
Nato/a a _____ prov. (____) il _____
Residente a _____ in Via _____
n. _____ che è in situazione di disabilità come da verbale della Commissione Medica allegato
- ☐ Che il familiare a cui presta assistenza è convivente con il/la sottoscritto/a
- ☐ Che il familiare assistito ha il seguente grado di parentela _____ e che il sottoscritto è l'unico familiare che presta assistenza
- ☐ Che nessuno dei seguenti familiari (fratelli – coniuge – altro) _____
_____ assi
ste il familiare in modo continuativo come da dichiarazioni allegate
- ☐ Che pur avendo un grado di parentela/affinità di **terzo grado** il familiare **non ha** genitori o coniuge che lo possano assistere perché:
 - ☐ **mancanti**
 - ☐ **affetti da patologie invalidanti (documentate)**
 - ☐ **ultrasessantacinquenni**





LICEO STATALE "N. JOMMELLI"

Liceo Economico sociale - Liceo Linguistico - Liceo Scientifico - Liceo Scientifico Scienze applicate allo Sport - Liceo Scientifico Sportivo - Liceo delle Scienze Umane

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

In attesa di **accoglimento** della richiesta di cui sopra allega:

- copia originale del verbale della Commissione Medica ovvero copia autenticata dello stesso

- certificato medico dal quale risulti la patologia invalidante in caso di deroga al 2° di parentela o affinità)
- dichiarazione che gli altri familiari entro il secondo grado (o terzo nei casi previsti) non fruiscono dei permessi o non sono idonei a prestare assistenza

Data _____

Firma

- SI AUTORIZZA

- NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico
(Dott.ssa Emilia TORNINCASA)

