



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA LOMBARDIA

ISTITUTO COMPRENSIVO "CARLO EMANUELE BUSCAGLIA"

VIA PAISIELLO, 2 - 20092 CINISELLO BALSAMO (MI)

Tel. 0261290728 – Tel./Fax. 0266049026 - Codice Fiscale: 85018650151 - Codice Meccanografico: MIIC8AQ005

e-mail [miic8aq005@istruzione.it](mailto:miic8aq005@istruzione.it) – e-mail pec [miic8aq005@pec.istruzione.it](mailto:miic8aq005@pec.istruzione.it)

sito internet [www.icbuscaglia.gov.it](http://www.icbuscaglia.gov.it)

Al Dirigente Scolastico

**OGGETTO: DOMANDA DI FRUIZIONE DEI PERMESSI PER ACCOMPAGNATORE  
PORTATORE DI HANDICAP**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in servizio presso codesto Istituto in qualità di:  Docente

Direttore Amministrativo  Assistente Amministrativo  Collaboratore Scolastico

a tempo  indeterminato  determinato

**CHIEDE**

1) di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art.33 e successive modifiche in quanto:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- parente, affine o coniuge della persona disabile;

2) di fruire dei permessi di cui sopra secondo la seguente modalità:

- tre giorni al mese;
- due ore al giorno dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ nei limiti di cui a norma di riferimento.

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni stabilite dalla legge in caso di false attestazioni nonché del decadere immediato dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

a) che con verbale dell'ASL di \_\_\_\_\_ nella seduta del \_\_\_\_\_ ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92 è stata riconosciuta la gravità dell'handicap del/della proprio/a (indicare la parentela) \_\_\_\_\_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ ovvero adottato/a il (indicare la data dell'ingresso in famiglia) \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ come da allegata certificazione;

b) di prestare assistenza sistematica ed adeguata alla persona disabile di cui sopra come da allegata richiesta di assistenza della stessa;

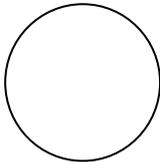
- c) che la persona disabile per la quale chiede la fruizione dei permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati;
- d) che nessun altro familiare beneficia dei permessi per la medesima persona disabile come da allegate dichiarazioni di ognuno *ovvero* che l'altro genitore beneficia dei permessi alternativamente con il/la sottoscritto/a nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori come da allegata dichiarazione dello stesso;
- e) di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni relative alla presente domanda, consapevole che l'amministrazione può effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 del T.U. sulle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa (D.P.R. n. 445/2000).

A completamento della presente domanda allega le dichiarazioni previste alle lettere a) b) d).

Data \_\_\_\_\_ (firma del dipendente) \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente richiesta esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.L. n. 196 del 30 Giugno 2003- Codice in materia di protezione dei dati personali).

Data \_\_\_\_\_ (firma del dipendente) \_\_\_\_\_

<b>Riservato all'ufficio</b>	Prot. N. _____/FP del _____
VISTO, <input type="checkbox"/> si concede <input type="checkbox"/> non si concede	 Il Dirigente Scolastico <i>Prof.ssa Paola Spadoni</i>