

DOMANDA PERMESSI RETRIBUITI- LEGGE 104/92**Personale Docente E Ata***(da presentare, solo la prima volta, per l'acquisizione del diritto alla fruizione dei giorni/ore di permesso)*

Ufficio

Prot. n. _____ Tit. _____ cl _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

l sottoscritt _____ nat _____ a _____

il _____ residente a _____ in via _____

assunt _____ con contratto a tempo **Indeterminato** **Determinato** in servizio presso questo IstitutoComprensivo nel Plesso di _____ in qualità di: **Docente** **ATA**

In applicazione della L. 104/1992 art. 33 D.lgs 151/2001 artt. 33 e 42, come modificati dalla L. 183/2010 e dal D.lgs. 119/2011

Chiede

la concessione di giorni n. _____ mensili di permesso retribuito.

Il/I _____ sottoscritt _____ consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

Dichiara

- La necessità 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 :

Si allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 – comma 3- della Legge 104/1992;
- fotocopia carta di identità;
- fotocopia codice fiscale.

Privacy

- *L'informativa sul nuovo regolamento UE 2016/679 è disponibile sul sito web istituzionale alla voce privacy.*

Livigno _____

Firma _____

RISERVATO ALL'UFFICIO DI SEGRETERIA

La presente è pervenuta in data _____ a.s. ____/____ a mezzo _____

L'Assistente amm.vo addetto al controllo _____

Il Direttore dei Servizi G. A.
Maria Catena FAZIO**Note Del Dirigente Scolastico**Visto Si autorizza Non si autorizza **Il Dirigente Scolastico regg.**
Dott. Gianmaria TOFFI