

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
I.S.S. GALILEI  
MIRANDOLA MO**Oggetto: Richiesta concessione permessi assistenza disabile**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il  
\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, in servizio presso questo Istituto in qualità di Docente di  
\_\_\_\_\_ con contratto individuale a tempo  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE per l'anno scolastico \_\_\_\_\_**

Di poter usufruire dei permessi in base alla Legge 104/92 e al Decreto Legge n. 151/2001 per l'assistenza a  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il  
\_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_ a cui sono state accertate le  
condizioni di handicap con gravità ( art. 3 comma 3 Legge 104/92), come da copia del verbale di  
accertamento alle condizioni di disabilità dell'Azienda USL di \_\_\_\_\_ del  
\_\_\_\_\_ che si allega o che è già agli atti della scuola.

Dichiara ai sensi degli artt. 46,47 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000:

- di risiedere nello stesso Comune in cui risiede il/la \_\_\_\_\_;
- di essere/non essere convivente con il/la \_\_\_\_\_ e di svolgere con continuità ed esclusività l'assistenza allo stesso;
- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;
- che la commissione A.S.L. non ha rivisto il giudizio di gravità della disabilità e che la certificazione rilasciata dall'A.S.L. non è scaduta e non ha subito modifiche oppure che è stata fissata la data \_\_\_\_\_ entro la quale verrà effettuato l'accertamento di revisione;
- che il/la \_\_\_\_\_ non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare qualsiasi variazione che determini la decadenza dei requisiti necessari alla concessione dei permessi per assistenza portatori di disabilità.

Mirandola li, \_\_\_\_\_

**VISTO**Si autorizza Non si autorizza 

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Milena Prandini