**DOMANDA PER FRUIRE DEI PERMESSI PER LAVORATORE IN SITUAZIONE DI GRAVITA’**

**(art.33, comma 3 legge 104/1992)**

Al Dirigente Scolastico del

Liceo Statale Democrito

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_ , telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo e mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-in servizio presso codesto Istituto nell’ A.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con contratto a tempo □ indeterminato □ determinato

**CHIEDE**

il riconoscimento del diritto a fruire dei benefici di cui alla Legge n. 104/1992 e s.m.i. per se stesso.

A tal fine, il dichiarante, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

□ di essere in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**□** di essere in condizione di disabilità il cui stato di gravità è in corso di accertamento;

□ di non essere ricoverato a tempo pieno;

**□** di prestare attività lavorativa e di beneficiare delle agevolazioni previste dalla legge 104/1992 per se stesso.

Allega a tal fine la seguente documentazione in busta chiusa:

□ verbale definitivo dell’ apposita Commissione Medica attestante lo stato di “disabilità grave” ai sensi dell’ art.33, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza, anche in copia dichiarata autentica o , nell’attesa della decisione, certificato provvisorio;

 copia del documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dovesse in futuro esserci in relazione ai dati , alle notizie e situazioni dichiarate nel presente modulo**

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del dichiarante

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