

**Stampare > compilare > consegnare in segreteria**

Prot.n° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico  
I.S.I.S.S "G.Galilei-F.Bocchialini"

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

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in servizio presso

quest'Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_

**chiede**

alla S.V. di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992.  
Lo stesso/a essendo stato/a posto a conoscenza degli art. 75 e 76<sup>4</sup> del DPR 445/2000 e s.m.i. relativi alle dichiarazioni mendaci e che la S.V. può procedere ad accertare la veridicità e il persistere dei requisiti che danno luogo al beneficio

**DICHIARA CHE:**

- o necessita delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità;
- o si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità);
- o 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.

*"chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (...) è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".*

Allega alla presente la seguente documentazione:

◇ copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009

attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza, avendo avuto l'accortezza di oscurare tutti i dati eccedenti e non pertinenti, nel rispetto di quanto previsto dal "codice della privacy).

◇ certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, e, trattandosi di patologia oncologica, pur essendo trascorsi 15 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale dalla competente Commissione Medica. Lo stesso si impegna a consegnarlo non appena disponibile e di essere consapevole che qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere il beneficio, i giorni o le ore già fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.

◇ certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, trattandosi di patologia indicate al comma 1, art. 2, lettera d), del Decreto Interministeriale 21 luglio 2000, n° 278, pur essendo trascorsi 90 giorni dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica. Lo stesso si impegna a consegnarlo non appena disponibile e di essere consapevole che qualora la Commissione medica non dovesse riconoscere il beneficio, i giorni o le ore già fruite, saranno trasformate in altra tipologia di assenza.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Firma del dipendente \_\_\_\_\_

**Dichiarazione** di responsabilità inerente alla  
richiesta fruizione dei permessi di cui alla legge 104/92.

Al Dirigente Scolastico  
I.S.I.S.S "G.Galilei-F.Bocchialini"

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

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

servizio presso quest'Istituzione Scolastica sede \_\_\_\_\_ in qualità

di \_\_\_\_\_

*avendo inoltrato istanza di richiesta relativa ai permessi di cui alla legge 104/1992 e s.m.i.,  
essendo stato posto a conoscenza degli art.75 e 765 del DPR 444/2000 e s.m.i. relativi alle  
dichiarazioni mendaci e che lo stesso datore di lavoro può procedere ad accertare la veridicità  
e il persistere dei requisiti che danno luogo al beneficio*

### **DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità di impegnarsi a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento, le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate nel modello di richiesta, con particolare riferimento a:

1. eventuale ricovero a tempo pieno del soggetto disabile in condizione di gravità;
2. revoca del giudizio di gravità della condizione di disabilità da parte della Commissione medica di cui all'articolo 4 comma 1 legge 104 del 1992 e successive modificazioni, integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1 del decreto legge n. 78 del 1° luglio 2009 convertito nella legge n. 102 del 3 agosto 2009;
3. modifiche ai periodi di permesso richiesti;
4. eventuale decesso del disabile.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

*"chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (...) è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"*