IISS "JACOPO DEL DUCA-DIEGO BIANCA AMATO" - CEFALÙ
VIA PIETRAGROSSA, 68/70 - TELEFONO: 0921.421415
COD. FISC. 82000410827 – SITO INTERNET: HTTPS://WWW.DELDUCA-BIANCAAMATO.EDU.IT/
E-MAIL: PAIS02200V@ISTRUZIONE.IT - PAIS02200V@PEC.ISTRUZIONE.IT

Al Dirigente Scolastico
dell' I.I.S.S " Jacopo del Duca-D.B. Amato"
Via Pietragrossa, 68/70 - C E F A L U'

OGGETTO:Richiesta di rinnovo della richiesta di beneficiare dei permessi retribuiti ai sensi dell'art 33 della legge 104/92 e successive modifiche per sè stesso e/o per familiare A.S._____

Il_La sottoscritto/ _____nato/a a _____ il _____ residente a _____ (__) in Via _____ n°_____ in servizio in qualità di _____ a t. det / indet. presso l' I.I.S.S " Jacopo del Duca-D.B. Amato"di Cefalù sito in Via Pietragrossa 68/70

C H I E D E

Il **rinnovo** di usufruire dei permessi retribuiti mensili, ai sensi dell'art. 33 della legge 104/92 modificato dagli art. 19 e 20 della legg_e n. *53/00,* e dalle vigenti norme contrattuali, per sè stesso ovvero per poter assistere il proprio familiare Sig./ra _____, nato/a _____il _____ domiciliato in _____ Via_____ n°_____ , già riconosciuto portatore di handicap grave (ex art. 3, comma 3, legge 104/92) come da verbale da Visita Medica Collegiale della Commissione Medica per l'accertamento della invalidità Civile dell'ASL di _____, già agli atti d'ufficio di codesto istituto.

A tal fine il sottoscritto consapevole, secondo quanto prescritto dall'art. 26 della legge n. 15/68, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace e falsità negli atti ed uso di atti falsi

D I C H I A R A

sotto la sua personale responsabilità: (segnare le dichiarazioni che interessano)

1. che in atto persiste lo stato di gravità dell'handicap del proprio familiare e/o di sé stesso e che il giudizio della Commissione non è stato rettificato né revocato;
2. di assistere con continuità il suddetto familiare per il quale sono richieste le agevolazioni o per le necessità legate alla propria situazione di disabilità;
3. che il familiare portatore di handicap grave non è ricoverato presso istituti specializzati;
4. è consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e pertanto, il riconoscimento stesso delle agevolazioni comporta la conferma dell'impegno morale, oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
5. E' 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;
6. si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni, aggiornare la documentazione prodotta a richiesta dell'amministrazione o quando si rende necessario;
7. che la famiglia del familiare da assistere si compone:

N.	*COGNOME E NOME*	*LUOGO E DATA DI NASCITA*	*RAPPORTO CON IL DICHIARANTE*

CEFALU'

_____