



**ISTITUTO COMPRENSIVO “G. MARCONI – A. FROSINI”**

via Puccini, 19 – 51100 PISTOIA – Tel- 0573 33236 – Fax 0573 33236

[ptic829006@istruzione.it](mailto:ptic829006@istruzione.it) [ptic829006@pec.istruzione.it](mailto:ptic829006@pec.istruzione.it)

Codice M.P.I. PTIC829006 C.F. 80008130470

Al Dirigente Scolastico

dell'I.C. Marconi Frosini

**Oggetto: Richiesta Permessi Retribuiti ai sensi dell'art. 33 comma 6, della Legge 104/92, modificato con legge n. 183/2010.-**

\_\_\_\_l\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
dipendente di codesto Istituto Superiore con la qualifica \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/92, modificato dalla Legge n° 53 del 08/03/2000, artt. 19 e 20, dalla legge n. 183/2010 e delle vigenti norme contrattuali, di usufruire per se stess \_\_\_\_\_ :

N° \_\_\_\_\_ giorni di permesso retribuiti/o dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

essendo \_\_\_\_l\_\_\_\_ stess \_\_\_\_ già stat \_\_\_\_ riconosciut \_\_\_\_ : portatore di handicap grave ( ex art. 3, comma 3, L. 104/92 ) come da verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell' handicap (integrata ex art. 4 medesima Legge) dell' Azienda Sanitaria Provinciale di \_\_\_\_\_ già depositato agli atti.

A tal fine \_\_\_\_l\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000, consapevole, così come stabilito all'art. 76 del medesimo decreto, delle sanzioni penali per il caso di dichiarazione mendace e falsità negli atti ed uso di atti falsi

**D I C H I A R A**

1. di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia per poter beneficiare della legge 104/92;
2. che nessun familiare, parente ed affine entro il 3° grado di parentela, lavoratore, ha chiesto di fruire i permessi retribuiti della legge 104/92 art. 33 modificato con legge n. 183/2010, per assistere \_\_\_\_l\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ medesim \_\_\_\_\_.
3. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni

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

.....

VISTO, si autorizza.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Dott.ssa Claudia Ciocchetti