Al Dirigente Scolastico

del Liceo *Marconi* di Sassari

Prof.ssa Rita Cambula

**Oggetto: Permesso retribuito L. 104/1992 art. 33 comma 5 e 7**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov di \_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tempo indeterminato / determinato presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# CHIEDE

di poter fruire dei permessi previsti dall’art.33 comma 5-7 della legge 104/92.

Il/la sottoscritto/a, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell’art. 76 del DPR. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia.

# DICHIARA CHE

* Necessita delle agevolazioni per le esigenze legate alla situazione di disabilità del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione delle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità).
* Il /La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell’Amministrazione, dichiara che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e s’impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti.

Si allega:

* Copia del verbale dell’apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell’art. 3 comma 3 della legge 104/1992
* Fotocopia della carta di identità e del codice fiscale.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA