



# Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

## Istituto Comprensivo di Via Scopoli - PAVIA

Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di primo Grado  
C. F.: 96069530184 – C.M.: PVIC828001

Segreteria: Via A. Volta, 17 – 27100 Pavia (Pv) ☎ 0382/26121 – Fax 0382/22619

e-mail : [pvic828001@istruzione.it](mailto:pvic828001@istruzione.it) e-mail pec: [pvic828001@pec.istruzione.it](mailto:pvic828001@pec.istruzione.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME

\_\_\_\_\_ a tempo \_\_\_\_\_ in servizio presso  
QUALIFICA INDETERMINATO/DETERMINATO

questo Istituto nel corrente anno scolastico \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104//92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di:

- genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni;
- genitore della persona disabile di età superiore a tre anni;
- coniuge, parente o affine entro il 2° grado della persona disabile;
- parente o affine entro il 3° grado della persona disabile;
- disabile lavoratore richiedente i permessi.

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ n° giorni \_\_\_\_\_ giorni usufruiti nel mese n° \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONE e dell' ATTO di NOTORIETA'  
(Artt. 46 e47 T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D,P,R,  
28/12/2000, n° 445).

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite alla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

### DICHIARA

1. che l' A.S.L. di \_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_\_\_,  
ha riconosciuto la gravità dell' Handicap (ai sensi dell' art. 3 comma 3 della Legge 104/92), di:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

grado di parentela<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ (data adozione/affido) \_\_\_\_\_

data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_, Via/Piazza \_\_\_\_\_

2. che la famiglia anagrafica della persona per la quale vengono richiesti i permessi è così costituita:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela



# Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

## Istituto Comprensivo di Via Scopoli - PAVIA

Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di primo Grado  
C. F.: 96069530184 – C.M.: PVIC828001

Segreteria: Via A. Volta, 17 – 27100 Pavia (Pv) ☎ 0382/26121 – Fax 0382/22619

e-mail : [pvic828001@istruzione.it](mailto:pvic828001@istruzione.it) e-mail pec: [pvic828001@pec.istruzione.it](mailto:pvic828001@pec.istruzione.it)

<sup>1</sup>Indicare se: coniuge;

figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento);  
parente o affine entro il 2° grado (specificare se : genitori, nonni, fratelli ecc.);  
parente o affine entro il 3° grado (specificare se : zii, bisnonni ecc.).

- che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso Istituti specializzati;
- che nessun altro familiare lavoratore dipendente benefici dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;
- che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori;
- di impegnarsi a comunicare al Dirigente Scolastico le assenze dal servizio con congruo anticipo (possibilmente con programma mensile) al fine di consentire la migliore organizzazione del servizio;
- di impegnarsi a comunicare eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71,75 e 76 – T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

Il/La Dichiarante

Data \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

VISTA l' istanza presentata da \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_ acquisita a protocollo n° \_\_\_\_\_;

VISTA la documentazione allegata;

- verbale A.S.L.;
- dichiarazione del disabile (scelta del beneficiario) per uno dei sotto indicati motivi:
  - quando i genitori o il coniuge della persona con handicap siano deceduti o mancanti;
  - quando i genitori o il coniuge della persona con handicap abbiano compiuto 65 anni , oppure siano affetti da patologie invalidanti (come risulta da certificato medico allegato);
- altro: \_\_\_\_\_

si autorizza/non si autorizza la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.

Motivi del diniego: \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa SILVANA FOSSATI