



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE, DELL' UNIVERSITA', DELLA RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

I.C. VIA N.M.NICOLAI

Via N.M. Nicolai, 85 - 00156 ROMA - Tel./fax 06/4102614

DISTRETTO 13 - C.M. RMIC8ER00B - C.F. 97712470588

E-mail. [rmic8er00b@istruzione.it](mailto:rmic8er00b@istruzione.it); [rmic8er00b@pec.istruzione.it](mailto:rmic8er00b@pec.istruzione.it)

Al Dirigente Scolastico

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,  
in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Dal 01/09/..... al 31/08/.....

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;
- parente, affine o coniuge di una persona con disabilità;
- disabile lavoratore richiedente i permessi.

di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:

- tre giorni al mese;

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI e DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Artt. 46 e 47 (R) 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 dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità,

**DICHIARA**

a. Che l'ASL di \_\_\_\_\_, nella seduta del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992), di:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Grado di parentela <sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
(data adozione/affido) \_\_\_\_\_ data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_, in Via/Piazza \_\_\_\_\_ come risulta dalla certificazione

- che si allega
- già consegnata precedentemente

di assistere in via continuativa ed esclusiva la persona sopra indicata;

che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati.

che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;

*oppure*

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 (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore);

Il/la Dichiarante

Data \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA:** il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti, a seguito del provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

<sup>1</sup> Indicare se: figlio/a (in caso di adozione/affidamento, indicare la data del provvedimento);  
Parente o affine entro il 3° grado (specificare se: padre, nuora, ecc.).