



# ISTITUTO COMPRENSIVO "GIANNI RODARI"

Via Niobe, 52 - 00118 - ROMA C.F. 97028710586  
Tel/fax 06 79810110 - Tel. 06 79896266 - e-mail: [RMIC833007@ISTRUZIONE.IT](mailto:RMIC833007@ISTRUZIONE.IT)  
PEC: [RMIC833007@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:RMIC833007@PEC.ISTRUZIONE.IT) SITO WEB: [www.icgiannirodari.edu.it](http://www.icgiannirodari.edu.it)



Roma,

Al Dirigente Scolastico  
IC Gianni Rodari  
Via Niobe 52  
00118 Roma

OGGETTO: comunicazione della richiesta permessi ai sensi della L.104/92.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

In servizio presso \_\_\_\_\_ in qualità di Docente/ATA a tempo determinato/indeterminato, in servizio al plesso \_\_\_\_\_ nella classe \_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di beneficiare

- dei permessi previsti dall'art.33 comma 3
- del congedo biennale dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

### DICHIARA

Sotto la propria personale responsabilità ai sensi degli art.46,47 del DPR 445/2000

Consapevole che ai sensi dell'art.76 del DPR 445/2000 "Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (...) nei casi previsti dal presente TU è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"

(barrare le caselle che interessano)

o Che \_\_\_\_\_ presta \_\_\_\_\_ assistenza \_\_\_\_\_ nei \_\_\_\_\_ confronti \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ che è in situazione di disabilità come **da verbale della Commissione Medica allegato**

o Che il familiare a cui presta assistenza è convivente con il/la sottoscritto/a

o Che il familiare assistito ha il seguente grado di parentela \_\_\_\_\_ e che il sottoscritto è l'unico familiare che presta assistenza



o Che nessuno dei seguenti familiari (fratelli - coniuge - altro)

\_\_\_\_\_ assiste  
il familiare in modo continuativo come da dichiarazioni allegate

o Che pur avendo un grado di parentela/affinità di terzo grado il familiare non ha genitori o coniuge che lo possano assistere perché:

- o mancanti
- o affetti da patologie invalidanti (documentate)
- o ultrasessantacinquenni

**Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.**

In attesa di accoglimento della richiesta di cui sopra allega:

- o copia originale del verbale della Commissione Medica ovvero copia autenticata dello stesso
- o certificato medico dal quale risulti la patologia invalidante in caso di deroga al 2° di parentela o affinità)
- o dichiarazione che gli altri familiari entro il secondo grado (o terzo nei casi previsti) non fruiscono dei permessi o non sono idonei a prestare assistenza

Data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_