

**DOMANDA DI PERMESSI PER L' ASSISTENZA A FAMILIARI DISABILI IN SITUAZIONE DI GRAVITA'**  
**(art. 33, comma 3 legge n. 104/1992)**

Al Dirigente Scolastico  
del Liceo Scientifico Statale "A.Avogadro"

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ domiciliato in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ in servizio presso  
questa scuola in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**Ai sensi dell' art. 33 della Legge n. 104/92**

Di usufruire dei giorni di permesso mensile (massimo tre) (articolo 33, comma 3 legge 104/92) nelle giornate che saranno indicate in tempo utile al datore di lavoro per il c. a. scolastico per assistere il proprio familiare disabile in situazione di gravità.

Pertanto consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste

**DICHIARA :**

- Che nessun altro familiare beneficia dei permessi o dei riposi per la stessa persona disabile in situazione di gravità (si allegano dichiarazioni);
- Che la persona disabile in situazione di gravità non è ricoverata a tempo pieno;
- Che il/la sig./ra \_\_\_\_\_ è in stato di handicap in situazione di gravità accertato dalla Commissione (art. 4, comma 1, della legge n. 104/1992) di \_\_\_\_\_ come da certificazione allegata alla presente;
- Di essere nella seguente relazione di parentela con la persona disabile in situazione di gravità:  
\_ padre, \_ madre; \_ fratello, \_ sorella; \_ figlio, \_ figlia, \_ coniuge \_ parente entro il secondo grado, \_ affine entro il secondo grado; di essere parente/affine di terzo grado della persona disabile in situazione di gravità ma che la stessa :  
\_ non è coniugata \_ è vedova , \_ è coniugata ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età, \_ è coniugata, ma il coniuge è affetto da patologia invalidante \_ è stata coniugata , ma il coniuge è deceduto, \_ è separata legalmente o divorziata \_ è coniugata ma in situazione di abbandono , \_ ha uno o entrambi i genitori deceduti, \_ ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età, \_ ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante (2)

Dati della persona disabile in situazione di gravità:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Codice  
Fiscale \_\_\_\_\_ Nato il (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_ A  
\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Domiciliato in  
\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_