

**DOMANDA DI PERMESSI PER L'ANNO .....**

(d.lgs. 151/2001, art.42; Legge 104/1992, art. 33 comma 3; Legge 53/200, art. 19 e art. 20)

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

<b>QUADRO A</b>			<b>RICHIEDENTE</b>		
COGNOME		NOME		DATA DI NASCITA	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV.			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.)			COMUNE DI RESIDENZA		PROV.
<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>
CAP	N. TELEFONICO				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

**CHIEDE**

di usufruire dei permessi della Legge 104/1992 per la persona sotto indicata

<b>QUADRO B</b>		<b>DATI DELLA PERSONA CON HANDICAP GRAVE</b>			
COGNOME		NOME		DATA DI NASCITA	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV.		GIORNO MESE ANNO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
DATI DI RESIDENZA DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DEL RICHIEDENTE					
INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.)			CAP	COMUNE DI RESIDENZA	PROV.
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Figlio/a				
<input type="checkbox"/>	Figlio/a adottat./affidat.: data provvedimento di adozione/affidamento _____				
<input type="checkbox"/>	Parente o affine entro il 3° grado (specificare rapporto di parentela o affinità: esempio nipote, coniuge, ecc) _____				
<input type="checkbox"/>	Convivente con il/la richiedente				
<input type="checkbox"/>	non convivente con il/la richiedente e residente all'indirizzo sopra indicato				
<input type="checkbox"/>	portatore di handicap grave, accertato dalla ASL di _____ in data _____				
<input type="checkbox"/>	non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati				

**DICHIARA**

che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap  
 di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli assistenza.

MESE

PERMESSI MENSILI RICHIESTI

GIORNI

Si riserva di comunicare all'Ufficio preposto eventuali cambiamenti per sopraggiunta urgenza.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(Prof.ssa Emanuela Pierguidi)