

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
|  | <b>ISTITUTO COMPRESIVO PIER GIORGIO FRASSATI</b><br><br>Via Tiraboschi, 33 – 10149 TORINO- Tel 011-01166600<br>TOIC8B2008@istruzione.it<br>www.scuolafressatitorino.gov.it<br>CF: 97833090018 |  |   |
| Scuola Infanzia<br><b>PRINCIPESSA ISABELLA</b><br>Via Gorresio 13<br>TOAA8B2015   |   | Scuola Primaria<br><b>GUIDO GOZZANO</b><br>Corso Toscana 88<br>TOEE8B201A           | Scuola secondaria di I grado<br><b>PIER GIORGIO FRASSATI</b><br>Via Tiraboschi 33<br>TOMM8B2019 |

**Alla Dirigente Scolastica  
 dell'Istituto Comprensivo Statale  
 Pier Giorgio Frassati**

**OGGETTO: RICHIESTA FRUIZIONE PERMESSI PER LEGGE 104**

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a il .....a  
 ..... residente in ..... prov .....  
 Via/piazza.....n.....cap..... in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di ATA a tempo   
 indeterminato  determinato

**CHIEDE**

di fruire dei permessi previsti dall'art.33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere il Sig./Sig.ra..... nato/a il .....a ..... residente in ..... prov ..... Via/piazza..... n..... cap. ....

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara:

- che il/la Sig./ra..... è in condizione di disabilità grave accertata con verbale della Commissione Asl di .....  non rivedibile  rivedibile .....
- che il/la Sig./ra. .... è in condizione di disabilità, il cui stato di gravità è in corso di accertamento;
- che non è ricoverato/a a tempo pieno;
- che il/la sottoscritto/a è parente di ..... grado del/ della Sig ..... in quanto .....
- di essere convivente;
- di non essere convivente ma di garantire al familiare disabile assistenza con i requisiti contemporanei della continuità ed esclusività;
- che non ci sono altri familiari in grado di prestare assistenza e, che nessun altro familiare lavoratore usufruisce dello stesso permesso;
- l'impegno a comunicare eventuali variazioni delle precedenti condizioni.

Si allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/1992 in capo al soggetto che necessita di assistenza .....
- certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto da assistere, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) o 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena disponibile)

Torino,.....  
 .....  
 (firma)

(parte riservata all'ufficio)

Visto,

- si concede
- non si concede

Il DSGA  
 Chiara DONATIELLO

La Dirigente Scolastica  
 Sara COCCOLO

(Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs n. 82/2005 modificato ed integrato dal D.Lgs. n. 235/2010, del D.P.R. n.445/2000 e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa; il documento informatico e' memorizzato digitalmente)