

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

1. di beneficiare dei permessi previsti dalla Legge 104/92 art. 33 e successive modificazioni in qualità di **"lavoratore disabile"**.
2. di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:
 - tre giorni al mese;
 - due ore al giorno dalle ore _____ alle ore _____;

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 ____/____/____, gli/le ha riconosciuto la gravità dell'handicap (ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992).
- b) di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi degli artt. 71, 75 e 76 - T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – D.P.R. 28/12/2000, n° 445.

Il/la Dichiarante

Data _____

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

***** (Spazio riservato all'ufficio)*****

**ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE
"S. A. DE CASTRO" ORISTANO**

VISTA l'istanza di cui sopra e la documentazione allegata, si autorizza/non si autorizza la fruizione dei benefici previsti dalla Legge 104/92, art. 33 e successive modificazioni.
Motivi eventuale diniego:

Oristano, _____

Il Dirigente Scolastico
Dott. Peppino Tilocca
