	ISTITUTO COMPRENSIVO DI CASTELVETRO *Via Palona, 11/B - 41014 Castelvetro di Modena* *Cod. Fisc. 80010970368 - Cod. Mecc. MOIC82000T*	MIRO' ALICE C. CAVEDONI ICC A. FRANK DON GATTI P. LEVI
Tel. 059 790844		*Fax 059 790937*
http://www.iccastelvetro.edu.it		e-mail: moic82000t@istruzione.it

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Castelvetro

Il/la sottoscritt… _____ nat… a_____

Prov (_____) Il _____ e residente a _____ (_____) in via/piazza_____ in servizio presso_____ in qualità di _____

CHIEDE

Di beneficiare dei permessi previsti dall'art. 33 della legge 104/92 e s.m.i. in qualità di:

	Genitore della persona disabile di età inferiore a tre anni
	Genitore della persona disabile di età superiore a tre anni
	Parente, affine o coniuge di persona disabile

Dichiara di voler fruire dei permessi secondo le seguenti modalità:

	tre giorni al mese
	n…… ore al giorno (nei limiti di 18 ore al mese)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 TU delle disposizioni legislative e regolamenti in materia di documentazione amministrativa – DPR 445/2000)

DICHIARA

Che l'ASL di _____ nella seduta del _____ ha riconosciuto la gravità dell'Handicap (ai sensi dell'art. 3 c. 3 della legge 104/92 di (cognome e nome)_____ grado di parentela _____ (data di adozione o affido)_____ (data di nascita) _____ residente a _____ (_____) in via/piazza _____

	Di prestare un'assistenza sistematica ed adeguata alla persona sopra indicata
	Che la persona per la quale vengono richiesti i permessi non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati
	Che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap

oppure

	Che l'altro genitore o familiare beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con l… sottoscritt…, nel limite di 3 giorni complessivi (si allega dichiarazione di responsabilità dell'altro genitore o familiare).
	Di impegnarsi a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto autocertificato con la presente dichiarazione, consapevole che le amministrazioni possono effettuare i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese ai sensi degli artt 71, 75 e 76 del TU 445/2000.

Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera.

Firma

_____