

**Da compilare per familiari che condividono permessi con altro soggetto beneficiario**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO  
"GIUSEPPE DI VITTORIO"  
PALERMO

**Dichiarazione sostitutiva di certificazioni e dell'atto di notorietà  
Ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 28.12.2000 n. 445**

\_\_\_\_sottoscritt\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

( C.A.P. \_\_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

In servizio presso \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

( C.A.P. \_\_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

In servizio presso \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

consapevoli, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/200;

**D I C H I A R A N O**

Sotto la propria responsabilità

**Che ai sensi del Decreto Legislativo n. 105 del 30/06/2022 beneficeranno dei permessi previsti dall'art. 33, comma 3, della Legge 104/92 e ss.mm.ii. per potere assistere il/la proprio/a (specificare rapporto di parentela) \_\_\_\_\_ in condizione di disabilità grave accertata**  
**Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a**  
**il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( Prov. \_\_\_\_\_ ) residente a**  
**n. \_\_\_\_\_, alternativamente, nel limite massimo di 3 giorni complessivi.**

Entrambi/e si impegnano a comunicare immediatamente eventuali variazioni relative a quanto comunicato/autocertificato con la presente dichiarazione, consapevoli 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.

A tal fine allega:

1. **Copia del documento di identità** in corso di validità dei/lle dichiaranti;

**INFORMATIVA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

L'amministrazione informa che i dati personali acquisiti mediante la compilazione della presente modulistica, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Reg. UE 2016/679 e dal D.lgs 196/2003 al solo fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia di gestione del rapporto di lavoro.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del/la Dichiarante n. 1 \_\_\_\_\_

Firma del/la Dichiarante n. 2 \_\_\_\_\_