

**Modulo istanza benefici L. 104 per se stessi**

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

**Oggetto: Richiesta di concessione dei benefici ai sensi dell'art. 33, comma 6, della Legge 104/92 e ss.mm.ii. per se stessi**

\_\_\_L\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ \_\_\_\_\_ -

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

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

In servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere autorizzato/a a fruire dei **n. 3 giorni di permessi retribuiti di cui all'art. 33 della Legge 104/92 e ss.mm.ii. e delle vigenti norme contrattuali, per se stesso/a** essendo l\_\_\_ stess\_\_\_ già stat\_\_\_ riconosciut\_\_\_ in situazione di handicap grave (art. 3, c. 3, L. 104/92), come da Verbale di riconoscimento della situazione di handicap grave rilasciato dalla competente Commissione Medica integrata ASL/INPS che si allega in copia conforme all'originale.

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt\_\_\_, consapevole, 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;

**DICHIARA**

1. di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia per poter beneficiare di permessi retribuiti di cui all'art. 33 della Legge 104/92 e ss.mm.ii.;
2. che il Verbale di riconoscimento della situazione di handicap grave rilasciato dalla competente Commissione Medica integrata ASL/INPS alla data odierna non ha subito alcuna variazione;
3. che nessun familiare, parente ed affine entro il 3° grado di parentela, lavoratore, ha chiesto di fruire dei permessi retribuiti di cui all'art. 33 della Legge 104/92 e ss.mm.ii., per assistere \_\_\_l\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ medesimo\_.
4. che i permessi retribuiti richiesti sono per le necessità legate alla propria situazione di disabilità grave;
5. di essere consapevole che la possibilità di fruire dei permessi retribuiti comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile;
6. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

A tal fine allega:

1. **Copia del Verbale di riconoscimento della situazione di handicap grave** (art. 3, c. 3, L. 104/92), rilasciato dalla competente Commissione Medica integrata ASL/INPS, reso conforme all'originale;
2. **Copia del documento di identità** in corso di validità del dipendente richiedente;

**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 )