

OGGETTO: richiesta di ammissione ai permessi retribuiti previsti dall'art. 33, comma 6, della L.104/92 e s.m.i. da parte di lavoratore dipendente in condizione di disabilità grave.

Il/l __ sottoscritt __ _____ nat __ a _____
_____ prov. (____) il _____,
qualifica _____ tempo determinato/indeterminato presso _____

CHIEDE

di poter usufruire dei permessi retribuiti di cui all'art. 3, comma 3 della legge n. 104/92, e successive modificazioni, **in quanto lavoratore con handicap in situazione di gravità.**

Il/l __ sottoscritt __ 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

- di avere necessità delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione personale, verbale n. _____ rilasciato da _____ il _____:

Disabilità:

- Non Rivedibile
- Rivedibile :::::::::::::: Revisione _____ (ANNO E MESE)

- che nessun familiare, parente ed affine entro il 3° grado di parentela, lavoratore, ha chiesto di fruire i permessi retribuiti della legge 104/92 art. 33 e s.m.i., per assistere 1 sottoscritt medesim.

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (a titolo di esempio, la revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave a seguito della visita di revisione);

- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;

- che la copia della documentazione relativa alla gravità dell'handicap è conforme all'originale;

- che per l'anno scolastico in corso è stato agevolato con l'avvicinamento alla sede di lavoro più vicina al proprio domicilio SI NO

ALLEGA:

◆ Copia, conforme all'originale in mio possesso, del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, della Legge n. 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 n. 104/1992.

◆ conforme all'originale in mio possesso carta di identità e codice fiscale.

_____ li _____

Firma
