

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO ARDEA II
TOR S. LORENZO 00040 ARDEA (RM) - VIA TANARO – tel. 0691010779 fax 0689767323

(da presentare, solo la prima volta, per l'acquisizione del diritto alla fruizione dei giorni/ore di permesso)

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
ISTITUTO COMPRENSIVO di
ARDEA II

OGGETTO: Legge 104/1992 art. 3 comma 3 -Personale

Il/La sottoscritt_____ nat___ a
_____ prov. (_____) il _____,
qualifica_____ tempo determinato/indeterminato presso

C H I E D E

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 3 –comma 3 - della legge 104/1992.

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 che:

- necessita delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità);
- è 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.

Si allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai

sensi dell'art.3 –comma 3- della Legge 104/1992;

- fotocopia carta di identità e codice fiscale.

_____li _____

Firma
