**AL**



**Dirigente Scolastico**

**ISTITUTO COMPRENSIVO**

**STATALE " NR. 6 "**

**SEDE**

**\_\_\_\_\_\_**

**Oggetto: richiesta di permessi per figli disabili (legge 104/92).**

**La sottoscritta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nata\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in servizio presso questo Istituto Scolastico in qualità di docente T.I./T.D.**

**PREMESSO**

**di essere legato da rapporto di parentela con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , il quale risulta affetto da handicap in situazione di gravità accertata**

**ai sensi dell'art. 4, comma 1, della legge104/1992,**

**CHIEDE**

**di poter usufruire:**

**- Del permesso mensile per assistenza al figlio in stato di handicap grave (art. 42,c. 2, D.Lgs.**

**151/01) dal al ;**

**- Del prolungamento del congedo parentale per assistenza al figlio in stato di handicap grave**

**minore di anni 12 (art. 33 D.Lgs.151/01) dal al ;**

**- Del prolungamento del congedo parentale per assistenza al figlio in stato di handicap grave**

**minore di anni 12 (art. 33 D.Lgs.151/01) dalle ore alle ore del**

**giorno**

**A tal fine:**

**- allega certificato della ASL attestante la connotazione di gravità dell'handicap di cui al comma 3**

**dell'art. 3 della L. 104/1992;**

**- si impegna a presentare dichiarazione a cadenza annuale che da parte della ASL non si è provveduto**

**a revoche, rettifiche o modifiche circa il giudizio sulla connotazione di gravità, nonché a**

**comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei presupposti per la fruizione dei permessi stessi.**

**La sottoscritta dichiara che il soggetto in stato di handicap grave non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati.**

**Distinti saluti.**

**\_\_\_\_\_\_**

**MODENA,**

**Firma**

*Codice modulo: 029*