



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA  
ISTITUTO COMPRENSIVO «VAL DI VARA» - ISA 22**

Via Scopesi, 4 – 19020, Sesta Godano (SP)

tel. 0187891533 – fax 0187891100

sito web: <http://www.icvaldivara.gov.it/>

Email: spic80200x@istruzione.it

*AL DIRIGENTE SCOLASTICO*

**DOMANDA DI AMMISSIONE AI PERMESSI ART. 33 L. 104/92  
(per - genitori di portatore di handicap grave con età superiore a 18 anni – coniuge -  
parenti/affini entro il 3° grado di portatore di handicap grave)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
in servizio presso l'Istituto Comprensivo Val di Vara – ISA 22 con sede in \_\_\_\_\_  
con contratto a tempo:  indeterminato  determinato

**C H I E D E**

di poter fruire dei benefici previsti dall'art. 33 L. 104/92:

Cognome e nome \_\_\_\_\_ rapporto di parentela \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ a tal fine dichiara:

- che il portatore di handicap non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata  
 che è convivente con il sottoscritto/a

(se non convivente indicare indirizzo completo del portatore di handicap)

Il/La sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, ed a conoscenza del fatto che i dati forniti con autocertificazione saranno soggetti ad eventuale controllo da parte dell'Amministrazione, dichiara inoltre:

- che non ci sono altre persone che utilizzano i permessi per lo stesso portatore di handicap
- che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare, ...)
- (altro) \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

**ALLEGATI**

Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L.104/92 (in originale o copia autentica)

Per presa visione

Il Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

Dichiaro che mi sono state adeguatamente e compiutamente fornite tutte le informazioni sul trattamento dei miei dati personali previste dagli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679.

Si comunica che le informazioni aggiornate e complete sul trattamento dei dati personali che la riguardano sono disponibili in formato elettronico sul sito istituzionale dell'Istituto, all'indirizzo: <http://www.icvaldivara.gov.it/privacy/>