

DIREZIONE DIDATTICA STATALE
MONTI IBLEI (PALERMO)

PROT. _____ CAT _____

DEL _____

Al Dirigente Scolastico
D.D. MONTI IBLEI

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' PER LA FRUIZIONE DEI PERMESSI
PER L'ASSISTENZA A SOGGETTI / SOGGETTI IN CONDIZIONE DI HANDICAP
GRAVE: RINNOVO ANNUALE**

(Legge 104/1992 art. 33 comma 3; Legge 53/2000 art.19 e 20; D.lgs. 151/2001 art.42;
Legge 183/2010 art. 24)

(la presente dichiarazione non deve essere resa in relazione ai soggetti affetti da patologie
rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante -
D.M. economia e Finanze 02/08/2007 G.U. 27/09/2007 n. 225)

II/La sottoscritto/a _____

nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ Provincia (____)

codice fiscale _____

Comune di residenza _____

CAP _____ Provincia (____) Via _____ n. _____

in servizio c/o questa istituzione scolastica in qualità di:

Docente di scuola dell'infanzia/primaria

A.T.A.

T.D./T.I.

consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di
dichiarazioni false e fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni (ai sensi della
legge n. 15/1968, e DPR 445/2000),

dichiara

che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap
persona per la quale vengono richiesti i permessi, e che la certificazione della ASL non è
scaduta e non ha subito modifiche e che permangono i requisiti per la legittima fruizione dei
permessi della Legge 104/1992 art. 33 commi 3 - 6.

Data _____

FIRMA DEL/DELLA RICHIEDENTE _____