

ISTITUTO COMPRENSIVO di ZELO BUON PERSICO (Lodi)	LEGGE 104 / 1992 ART. 33 C. 3 Dipendente disabile	Ufficio Personale Ver. 02/13 Dicembre 2013
---	---	---

Allegato n. 2

**DOMANDA DI PERMESSI PER DIPENDENTE DISABILE
(LEGGE 104/1992 ART. 33 COMMA 3)**

COGNOME E NOME

.....

LUOGO E DATA DI NASCITA

.....

COMUNE DI RESIDENZA

.....

CODICE FISCALE

.....

INDIRIZZO

.....

DIREZIONE O STRUTTURA DI APPARTENENZA

.....

chiede di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992.

A tal fine, **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 di cui all'art. 4, comma 1, L. 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 104/1992;

ovvero

certificato del medico specialista nella patologia di cui è affetto il soggetto richiedente, se, trascorsi 15 giorni (in caso di patologie oncologiche) e 90 giorni (per tutte le altre patologie) dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dello stato di disabilità grave, non è stato ancora rilasciato il suddetto verbale della competente Commissione Medica (verbale da presentare non appena possibile).

Data.....

Firma del dipendente
