

ISTITUTO COMPRENSIVO di ZELO BUON PERSICO (Lodi)	<b>LEGGE 104 / 1992</b> <b>ART. 33 C. 3</b> Dipendente disabile	<b>Ufficio Personale</b> 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

\_\_\_\_\_