



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA

ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO PER L'INDUSTRIA E L'ARTIGIANATO
"GIACOMO CECONI"

Via Manzoni n. 6 - 33100 Udine - TEL. 0432/502241 - FAX 0432/510685 - C.F. 80011650308
www.gceconi.eu - E-mail: info@gceconi.eu - PEC: udri040009@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico
I.P.S.I.A. "G. CECONI" - 33100 UDINE

OGGETTO: RICHIESTA CONCESSIONE PERMESSI RETRIBUITI DI CUI ALLA LEGGE 104/92.

Il/la sottoscritto/a badge n.
Cognome e nome qualifica
in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo
indeterminati/determinato
chiede alla S.V. di fruire dei permessi previsti:

- ◇ Dall'art. 33 comma 3 della legge 104/92, per se stesso, essendo persona disabile, in situazione di gravità e titolare di un rapporto di lavoro subordinato;
- ◇ Dall'art. 33 comma 2 della legge 104/92 e art. 42 del novellato Decreto L.vo n. 151/2001, avente un figlio/a minore con handicap fino a 3 (tre) anni di età;
- ◇ Dall'art. 33 comma 3 della legge 104/92 e art. 42 del novellato Decreto L.vo n. 151/2001, avente un figlio/a minore con handicap superiori a 3 (tre) anni di età e maggiorenni;
- ◇ Dall'art. 33 comma 3 della legge 104/92, per genitori o familiari maggiorenni con handicap diretti o affini entro il secondo/terzo grado;

per il periodo:

dal _____	al _____	per complessivi n. _____	giorni di: _____
dal _____	al _____	per complessivi n. _____	giorni di: _____
dal _____	al _____	per complessivi n. _____	giorni di: _____
dal _____	al _____	per complessivi n. _____	giorni di: _____

Il sottoscritto dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via _____ N° _____
 Località _____ C.A.P. _____ Tel/cell _____
 Udine, _____
 Firma del dipendente _____

(*) allegare documentazione giustificativa - (**) allegare certificazione medica

RISERVATO ALL'UFFICIO:

VISTO: IL D.S.G.A.: dott. Giovanna Montanino

PER I DOCENTI

VISTO: Il Collaboratore _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott. Giovanni Francois

PER GLI ASS.TECNICI

VISTO: l'Ufficio Tecnico _____



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA

ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO PER L'INDUSTRIA E L'ARTIGIANATO
"GIACOMO CECONI"

Via Manzoni n. 6 - 33100 Udine - TEL. 0432/502241 - FAX 0432/510685 - C.F. 80011650308
www.gceconi.eu - E-mail: info@gceconi.eu - PEC: udri040009@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico
I.P.S.I.A. "G. CECONI" - 33100 UDINE

OGGETTO: Dichiarazione di responsabilità inerente alla richiesta
fruizione dei permessi di cui alla legge 104/92.

Il/la sottoscritto/a badge n.
Cognome e nome qualifica
in servizio presso codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo
indeterminati/determinato

avendo inoltrato istanza di richiesta relativa ai permessi di cui alla legge 104/1992 e s.m.i.,
essendo stato posto a conoscenza degli art.75 e 765 del DPR 444/2000 e s.m.i. relativi alle
dichiarazioni mendaci e che lo stesso datore di lavoro può procedere ad accertare la veridicità
e il persistere dei requisiti che danno luogo al beneficio

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di impegnarsi a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto
cambiamento; le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate nel modello
di richiesta, con particolare riferimento a:

1. eventuale ricovero a tempo pieno del soggetto disabile in condizione di gravità;
2. revoca del giudizio di gravità della condizione di disabilità da parte della Commissione
medica di cui all'articolo 4 comma 1 legge 104 del 1992 e successive modificazioni,
integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1 del decreto legge n. 78 del 1° luglio 2009
convertito nella legge n. 102 del 3 agosto 2009;
3. modifiche ai periodi di permesso richiesti;
4. eventuale decesso del disabile.

Udine,

.....
Firma del dipendente

«chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (...) è punito ai sensi del codice penale e
delle leggi speciali in materia».