

Al Dirigente Scolastico  
I.I.S.S.  
"Mons. A. Bello"  
MOLFETTA (BA)

**Oggetto: domanda di permesso/congedo per assistenza al figlio o familiare con handicap grave.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in servizio presso codesto Istituto in qualità  
di \_\_\_\_\_ a tempo indeterminato/determinato

#### C o m u n i c a

ai sensi dell'art. 33 commi 2,3 e 4 della Legge 104/92, e ss.mm.ii. dell'art. 42 del T.U. n. 151/01,  
che intende assentarsi dal lavoro a decorrere dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per  
assistere il proprio figlio/familiare \_\_\_\_\_ portatore di handicap grave, come da  
documentazione acquisita agli atti della scuola.

Si dichiara la continuità e l'esclusività dell'assistenza e che il proprio figlio/familiare non è  
ricoverato a tempo pieno in strutture specializzate.

Il/La sottoscritto/A consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della  
conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 del  
D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità:

#### Dichiara

- Che nel mese di \_\_\_\_\_ ha fruito di nr \_\_\_\_ giorni
- Il referente \_\_\_\_\_ ha fruito di nr \_\_\_\_ giorni
- Il referente \_\_\_\_\_ ha fruito di nr \_\_\_\_ giorni

Molfetta, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_