Al Dirigente Scolastico

IC2 Don Antonio Sanna

PORTO TORRES

**OGGETTO**: Benefici fruizione permessi ex legge 104/92 – A.S. 2024/25

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con contratto a tempo determinato/indeterminato, a conoscenza degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 relativi alle dichiarazioni mendaci, in relazione alla fruizione dei benefici indicati in oggetto per l’anno **scolastico 2024/25** rispetto all’assistenza del disabile sotto indicato , portatore di handicap ai sensi della legge 104/92 art. 3 comma 3 con il quale intrattiene il rapporto di parentela di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME** | **NOME** | **COD.****FISCALE** | **COMUNE RESID.** | **REV.****SI/NO\*** | **SCAD. LEGGE****104/92** |
|  |  |  |  | □ SI□ NO |  |
|  |  |  |  | □ SI□ NO |  |

Dichiara che la situazione è **\***:

**□ INVARIATA**

**□ VARIATA** (eventuale motivazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

e che pertanto □ **ha □ non ha** diritto a fruire dei permessi in esame.

 **Luogo e data Firma**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\***(barrare la voce interessata)