



**ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO  
PER I SERVIZI COMMERCIALI, TURISTICI E SOCIALI  
"E. FALCK"**

Sede: 20099 SESTO SAN GIOVANNI - Via Balilla, 50 - Tel.02/22470857  
Sede coordinata: 20092 CINISELLO BALSAMO - Via G. di Vittorio, 1 - Tel.02/6181235  
Sede coordinata: 20093 COLOGNO MONZESE - Via Leonardo da Vinci, 1 - Tel.02/25410494  
Cod. Fisc. 85016430150 e-mail:[mirc12000g@istruzione.it](mailto:mirc12000g@istruzione.it) sito web: <http://www.ipfalck.edu.it>

## **MODULO RICHIESTA PERMESSI Legge 104/92**

**(Modello domanda permessi retribuiti per se stesso)**

Al Dirigente Scolastico  
IPS ENRICO FALCK

**Oggetto: Richiesta Permessi Retribuiti ai sensi dell'art. 33 comma 6, della Legge 104/92, modificato con legge n. 183/2010.**

\_\_\_L\_\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

dipendente di codesta Istituzione Scolastica con la qualifica \_\_\_\_\_

in atto in servizio presso \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/92, modificato dalla Legge n° 53 del 08/03/2000, artt. 19 e 20, dalla legge n. 183/2010 e delle vigenti norme contrattuali, di usufruire **per se stessi** di:

**3 giorni di permesso retribuiti mensili;**

**di due ore giornaliere per ogni giorno di lavoro effettivamente prestato**, essendo l\_ stess già stat\_ riconosciut\_ portatore di handicap grave ( ex art. 3, comma 3, L. 104/92 ) come da verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell' handicap (integrata ex art. 4 medesima Legge) dell' Azienda Sanitaria Provinciale di \_\_\_\_\_, che si allega in copia conforme all'originale.

A tal fine l\_ sottoscritt\_, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000, consapevole, così come stabilito all'art. 76 del medesimo decreto, delle sanzioni penali per il caso



**ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO  
PER I SERVIZI COMMERCIALI, TURISTICI E SOCIALI  
"E. FALCK"**

Sede: 20099 SESTO SAN GIOVANNI - Via Balilla, 50 - Tel.02/22470857

Sede coordinata: 20092 CINISELLO BALSAMO - Via G. di Vittorio, 1 - Tel.02/6181235

Sede coordinata: 20093 COLOGNO MONZESE - Via Leonardo da Vinci, 1 - Tel.02/25410494

Cod. Fisc. 85016430150 e-mail:[mirc12000g@istruzione.it](mailto:mirc12000g@istruzione.it) sito web: <http://www.ipfalck.edu.it>

di dichiarazione mendace e falsità negli atti ed uso di atti falsi

**DICHIARA**

1. di essere in possesso di tutti i requisiti previsti dalla normativa vigente in materia per poter beneficiare della legge 104/92;
2. che il Verbale della Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap integrata ex art. 4 medesima legge è conforme all'originale in mio possesso e che alla data odierna non ha subito alcuna variazione.



**ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO  
PER I SERVIZI COMMERCIALI, TURISTICI E SOCIALI  
"E. FALCK"**

Sede: 20099 SESTO SAN GIOVANNI - Via Balilla, 50 - Tel.02/22470857

Sede coordinata: 20092 CINISELLO BALSAMO - Via G. di Vittorio, 1 - Tel.02/6181235

Sede coordinata: 20093 COLOGNO MONZESE - Via Leonardo da Vinci, 1 - Tel.02/25410494

Cod. Fisc. 85016430150 e-mail:[mirc12000q@istruzione.it](mailto:mirc12000q@istruzione.it) sito web: <http://www.ipfalck.edu.it>

3. che nessun familiare, parente ed affine entro il 3° grado di parentela, lavoratore, ha chiesto di fruire i permessi retribuiti della legge 104/92 art. 33 modificato con legge n. 183/2010, per assistere l sottoscritt medesim.
4. Il sottoscritto necessita delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità
5. essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
6. essere 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 solo per l'effettiva tutela del disabile;
7. impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni

A tal fine allega:

1. Copia del Verbale di Visita Medica del riconoscimento quale portatore di handicap grave, **reso conforme all'originale;**
2. Documento di identità in corso di validità del dipendente richiedente;

---

Luogo e data

---

(Firma )