

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo COMO CENTRO CITTA'

Oggetto: assenza per L. 104/92.

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio presso questo Istituto in qualità di :docente/non docente a tempo determinato /indeterminato

comunica

ai sensi della Legge 104/92 di assentarsi dal _____ al _____ per giorni _____,

(art. 33 L.104/92: «..hanno diritto a tre giorni di permesso mensile, fruibili anche in maniera continuativa a condizione che la persona con handicap in situazione di gravità NON SIA RICOVERATO A TEMPO PIENO»).

Il sottoscritto, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, autorizza l'Amministrazione Scolastica ad utilizzare i dati personali dichiarati solo per fini istituzionali e necessari per la gestione giuridica ed economica del rapporto di lavoro.

Il sottoscritto consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci, e dell'art. 11, comma 3, del D.P.R. 20 ottobre 1998, n. 403 sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria personale responsabilità,

dichiara

che la persona con handicap in situazione di gravità NON E' RICOVERATA nei giorni suindicati.

Como, _____

Firma _____

Visto : Il Dirigente Scolastico _____

Il D S G A _____