



Distretto Scolastico N° 53 – Nocera Inferiore (SA)

Scuola Secondaria di 1° grado

“FRESA - PASCOLI”

Viale Europa ~ 84015 Nocera Superiore (SA)

Tel.: 081 9331111 Telefax: 081 936230 C.F.: 94041550651 Cod: Mecc.: SAMM28800N

samm28800n@istruzione.it www.fresapascoli.gov.it



Unione Europea

**FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI**

pon
2007-2013



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
D.G. per gli Affari Internazionali - Ufficio IV
Programmazione e gestione dei fondi strutturali europei
e nazionali per lo sviluppo e la coesione sociale

COMPETENZE PER LO SVILUPPO (FSE)

Atti
A tutti i docenti
Al personale ATA
Al DSGA

Oggetto: **Trasmissione adempimenti docenti beneficiari Legge 104 (anche per coloro che già usufruiscono dei benefici).**

Si trasmette per opportuna informazione gli adempimenti per i docenti Legge 104.

Entro il 15 settembre 2019 i docenti interessati o che già usufruiscono di tali diritti dovranno integrare e rinnovare la pratica di quanto in oggetto.

Si allega modulistica.

Il Dirigente Scolastico

Prof. Michele Cirino

AL DIRIGENTE
SCOLASTICO

Oggetto: Domanda di permesso retribuito per assistenza familiare portatore di handicap

_ 1 _ sottoscritt_ _____
nat_ il ___/___/___ a _____ prov . (___) in servizio
presso codesta Istituzione Scolastica , in qualità di _____
con contratto di lavoro a tempo indeterminato / determinato.

CHIEDE

In applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992 , n. 104 , come modificato dall'art. 21 del D.L. 27/8/1993 , n. 324 , convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993, n. 423 , nonché dall'art. 3 comma 38, della Legge 24/12/1993, n. 537 e dall'art. 20 della legge 8/3/2000 , n. 53, giorni n. _____ di **PERMESSO RETRIBUITO per assistere il proprio familiare** _____ , portatore di **handicap grave**, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale , da fruire

ne ___ seguent ___ giorn ___ :

dal ___/___/___ **al** ___/___/___

dal ___/___/___ **al** ___/___/___

dal ___/___/___ **al** ___/___/___

Cittadella li, _____

Firma del richiedente

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Il dipendente ha già fruito di complessivi mesi _____ e gg _____ di

- nel corso del corrente anno scolastico

- nel corso del corrente mese

- “ “ del precedente anno “

- nel triennio

- nel quinquennio

* documentazione giustificativa * certificazione medica

l'assistente amm.vo addetto al controllo

Il D.S.G.A.

VISTO : Il Dirigente Scolastico

Dichiarazione sostitutiva
DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il Sottoscritto _____

nato a _____ () il _____

residente a _____ () in via _____ n° _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

A) L'ESISTENZA IN VITA DEL FAMILIARE DISABILE

_____ (Relazione di parentela)

NATO/A _____ IL _____ E RESIDENTE A _____

_____ IN VIA _____

NON CONVIVENTE COL SOTTOSCRITTO MA ASSITITO DAL SOTTOSCRITTO IN VIA
ESCLUSIVA E CONTINUATIVA

**B) CHE DA PARTE DELL'ASL NON SI E' PROCEDUTO A RETTIFICA O NON E'
STATO MODIFICATO IL GIUDIZIO SULLA GRAVITA' DELL'HANDICAP**

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 455

Data, **

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)*

* La firma non va autenticata, né deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.

****da rinnovare ogni anno scolastico**

\\Server\dati\Personale\Luciana\STAMPATI e MODELLI vari\AUTOCERTIFICAZIONI varie\atto notorietà - legge 104 - da rinnovare ogni anno.doc

Il Dirigente Scolastico
Prof. Cirino Michele