

ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE STATALE "GINO ZAPPA"

Via Achille Grandi. 4 - 21047 Saranno (VA)

Telefono: 02 960 31 66 - Fax: 02 967 014 31

Cod.Univ.Uff.: UFMUGQ - Cod.Fisc.: 94000170129 - Cod.Meec.: VATD08000G

E-mail: vatd08000g@istruzione.it - PEC: vatd08000g@pec.istruzione.it

Sito web: www.itczappa.edu.it



Al DSGA

			I T C "Zappa" Saronno (VA)
Il/La sottoscritto/a _			
Nato/a a			() il/
residente a		in via	
in servizio presso questo assunto con contra	_	aboratore Scolastico □ Assistente Ammi □ indeterminato □ determinato stipulato con U □ determinato stipulato con	SP
		CHIEDE	
_	_	dalla Legge 104/92 e successiv	_
l'assistenza a favo	ore di	indicare nominativo dell'assistito	grado di parentela dell'assistito*
□ convivente □ convivente tempo	oraneo		
□ non convivente _		indicare residenza abituale dell'assisti	to
		mulcare residenza abildare dell'assisti	10
per il periodo:	□ anno scolastico	/	
	□ dal	al	
Data		Firma	

*parenti ed affini entro il 3° grado

ALLEGA ALLA PRESENTE:

- verbale di visita medica ASL
- n.___ dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 DPR n. 445 DEL 28/12/2000 e successive modifiche ed integrazioni)

Io sottoscritto/a				
Nato/a a il				
residente a in				
Informato ai sensi dell'art. 23 del DLgs.196/03 sul rispetto del trattamento dei dati personali, ammonito delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, valendomi della facoltà concessa dall'art. 47 del DPR n. 445 del 28/12/00 e successive modifiche ed integrazioni				
<u>DICHIARO</u>				
□ di essere l'unico/a componente della famiglia che assiste con continuità ed in via esclusiva il familiare disabile;				
□ di essere l'unico/a componente della famiglia che assiste temporaneamente ed in via esclusiva il familiare disabile;				
e che il familiare disabile <u>non è ricoverato a tempo pieno</u> in struttura pubblica o privata.				
Letto, confermato e sottoscritto				
Data	Firma			

N.B. art. 38 DPR n. 445 del 28/12/2000 – l'autentica non necessita se:

 1° la sottoscrizione avvenga alla presenza del dipendete competente a $\,$ ricevere la documentazione.

DICHIARAZIONE DI NON FRUIBILITA' DEI PERMESSI DA PARTE DI ALTRI PARENTI O FAMIGLIARI AFFINI AL DOCENTE

²ºla dichiarazione sia sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

sottoscritt		
	(nominativo del/dei _l	parente/i o famigliare/i affini)
rispettivamente	 □ padre/madre □ fratello/sorella □ figlio/figlia □ zio/zia □ Altro 	
di(nom	ninativo del personale ATA)	, personale ATA assunto presso codesto Istituto,
	DICHIAR	A /D I C H I A R A N O
		fruire, per l'anno scolastico/, dei permessi
previsti dalla Legg	e 104/92 a favore di	(nominativo dell'assistito)
Data		
		In fede (firma del/dei dichiarante/i)