

del Alla Dirigente Scolastica
Palermo

Oggetto: CONFERMA CONDIZIONI PER FRUIZIONE BENEFICIO PERMESSI L. 104/92
NELL'A. S. _____

Il sottoscritt _____ nat. il _____
a _____ (Prov. _____)

in servizio presso codesta Istituzione scolastica in qualità di _____,
con rapporto di lavoro a Tempo ☐ Indeterminato ☐ Determinato,

avendo fruito nell'a. s. ____/____ dei permessi retribuiti per assistere il disabile sotto indicato:

Cognome _____ Nome _____

nata/o a _____ il _____

grado di parentela _____

DICHIARA

che le condizioni necessarie per la concessione del beneficio NON SONO VARIATE.

Pertanto CHIEDE di beneficiare del suddetto beneficio anche per l'a. s. ____/____.

Il/la sottoscritto/a, è inoltre consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Dichiara inoltre che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e che è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni mendaci (art. 495 c.p. e artt. 75 e 76 del DPR 445/2000).

Data _____

Firma dipendente _____