|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **http://www.governo.it/images/stellone.gif** |  |  |
| **UNIONE EUROPEA** | **REPUBBLICA ITALIANA** | **REGIONE LOMBARDIA** | **I.C. “DON CAMAGNI”** |
| **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “DON CAMAGNI”**  ***Sede legale: Via J. E R. Kennedy, 15 - 20861 Brugherio (MB)***  Tel. 039/879623 - E-mail: [mbic8aj009@istruzione.it](mailto:mbic8aj009@istruzione.it)  PEC: [mbic8aj009@pec.istruzione.it](mailto:mbic8aj009@pec.istruzione.it)  icdoncamagnibrugherio.edu.it  C.M.: MBIC8AJ009 – C.F.: 85018350158 – C.U.: UFPA9W | | | |

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

“IC DON CAMAGNI”

BRUGHERIO

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA’ DEL**

**BENEFICIARIO DELL’ART 33 COMME 3 LG 104/92**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato/a a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSAPEVOLE** che soltanto un lavoratore può fruire di giorni di permesso per l’assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità (ai sensi e per gli effetti dell’art. 33, comma 3 della Legge

104/92)

**DICHIARA** di voler essere assistito soltanto dal/la Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega copia del documento di riconoscimento n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_rilasciato

da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTO:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO dott.ssa Daniela Vincenza IACOPINO