



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E DEL MERITO
Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia - Ambito Territoriale per la Provincia di Catania
ISTITUTO COMPRESIVO STATALE AD INDIRIZZO MUSICALE

“M. MONTESSORI - P. MASCAGNI”

Via GIUSEPPE DI GREGORIO, 22 - 95122 CATANIA - ☎ TEL./FAX- 095201922

Codice Meccanografico **CTIC8AF00V** - Codice Fiscale **80016050876** - ✉ ctic8af00v@istruzione.it - ctic8af00v@pec.istruzione.it

<https://www.montessorimascagnict.edu.it>

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
"M. Montessori – P. Mascagni"
Catania

OGGETTO: fruizioni benefici Legge 104/1992 - disabilità personale

Il/L_ sottoscritt_ _____

nat_ a _____ prov. (____) il

_____, qualifica _____
tempo determinato/indeterminato

presso _____

C H I E D E

di poter fruire dei permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992.

Il/L __ sottoscritt __ consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia,

DICHIARA che:

- necessita delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni;

Si allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica attestante lo stato di disabilità grave ai sensi dell'art.3 –comma 3- della Legge 104/1992;
- fotocopia carta di identità e codice fiscale dell'avente diritto.

Firma _____

_____ li _____