



Istituzione Scolastica Statale Centro Provinciale Istruzione Adulti

BRINDISI

Via Vittorio Veneto, 13 (tel. 334 6548804)
www.cpiabrindisi.edu.it

brmm07900g@istruzione.it

brmm07900g@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico del CPIA 1 di Brindisi

Il/la sottoscritto/a _____

in servizio presso _____

☐ DOCENTE

Con contratto a tempo

☐ Determinato

☐ ATA

☐ Indeterminato

CHIEDE

di beneficiare

☐ dei permessi previsti dall'art.33 comma 3

☐ del congedo biennale dal _____ al _____

DICHIARA

Sotto la **propria personale responsabilità** ai sensi degli art.46,47 del DPR 445/2000
Consapevole che ai sensi dell'art.76 del DPR 445/2000 "Chiunque rilasci
dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso(...) nei casi previsti dal presente
TU è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia"
(barrare le caselle che interessano)

☐ Che presta assistenza nei confronti di _____

Nato/a a _____ prov. (____) il _____

Residente a _____ in Via _____

n. _____

BRINDISI:
SEDE AUTONOMA
Via Vittorio Veneto, 5

CAROVIGNO:
SEDE AUTONOMA
Via Carlo Pisacane, 17

CASA CIRCONDARIALE BRINDISI
Via Appia, 131

FASANO:
IPSIA "SALVEMINI"
Via Pacinotti, 1

FRANCAVILLA FONTANA:
SCUOLA "MORO-MARONE"
Via B. Forleo, 1

LATIANO:
SEDE AUTONOMA
Via Giovanni XXIII, 7

MESAGNE:
I.I.S.S. "EPIFANIO FERDINANDO"
Via Eschilo, 1



Istituzione Scolastica Statale Centro Provinciale Istruzione Adulti BRINDISI

Via Vittorio Veneto, 13 (tel. 334 6548804) brmm07900g@istruzione.it brmm07900g@pec.istruzione.it
www.cpiabrindisi.edu.it

☐ che è in situazione di disabilità come da verbale della Commissione Medica allegato

☐ Che il familiare a cui presta assistenza è convivente con il/la sottoscritto/a

☐ Che il familiare assistito ha il seguente grado di parentela _____
e che il sottoscritto è l'unico familiare che presta assistenza

☐ Che nessuno dei seguenti familiari (fratelli – coniuge – altro) _____
assiste il familiare in modo continuativo come da dichiarazioni allegate

☐ Che pur avendo un grado di parentela/affinità di **terzo grado** il familiare **non ha** genitori o coniuge che lo possano assistere perché:

☐ **mancanti**

☐ **affetti da patologie invalidanti (documentate)**

☐ **ultrasessantacinquenni**

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

In attesa di accoglimento della richiesta di cui sopra allega:

☐ copia originale del verbale della Commissione Medica ovvero copia autenticata dello stesso

☐ certificato medico dal quale risulti la patologia invalidante in caso di deroga al 2° di parentela o affinità)

☐ dichiarazione che gli altri familiari entro il secondo grado (o terzo nei casi previsti) non fruiscono dei permessi o non sono idonei a prestare assistenza

FIRMA

Data _____

BRINDISI:
SEDE AUTONOMA
Via Vittorio Veneto, 5

CAROVIGNO:
SEDE AUTONOMA
Via Carlo Pisacane, 17

CASA CIRCONDARIALE BRINDISI
Via Appia, 131

FASANO:
IPSIA "SALVEMINI"
Via Pacinotti, 1

FRANCAVILLA FONTANA:
SCUOLA "MORO-MARONE"
Via B. Forleo, 1

LATIANO:
SEDE AUTONOMA
Via Giovanni XXIII, 7

MESAGNE:
I.I.S.S. "EPIFANIO FERDINANDO"
Via Eschilo, 1