



MODULISTICA DOCENTI

MOD. DOC. 23

LEGGE 104\92 DICHIARAZIONE ASSENZA RICOVERO

Dolo, lì _____

Al Dirigente Scolastico dell'I.P. Cesare Musatti

Il\La sottoscritto\la _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di Docente

a tempo ☐ indeterminato ☐ determinato

in ottemperanza a quanto disposto per l'ottenimento dei permessi relativi alla L. 104\92, relativamente al\alla sig.\sig.ra _____ con il\la quale ha il seguente rapporto di parentela _____

DICHIARA

ai sensi della legge n. 15/68 e DPR n. 445/2000, che il\la sig.\sig.ra di cui sopra con disabilità grave non è ricoverato\la a tempo pieno (ricovero per le intere 24 ore presso «*strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa*»).

Il Sottoscritto è consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000.

Firma _____

1) Prot. n. _____ del _____

2) ☐ VISTO IL DS

Enrico Santini