

Oggetto: Permesso retribuito per assistenza familiare portatore di handicap

Il/ La sottoscritt
nat il a prov. in servizio
presso codesta Istituzione Scolastica , in qualità di
con contratto di lavoro a tempo indeterminato / determinato.

COMUNICA

Di usufruire in applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992 , n. 104 , come modificato dall'art. 21 del D.L. 27/8/1993 , n. 324 , convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993, n. 423 , nonché dall'art. 3 comma 38, della Legge 24/12/1993, n. 537 e dall'art. 20 della legge 8/3/2000 , n. 53, giorni/ore n. di **PERMESSO RETRIBUITO per assistere il proprio familiare**

sig. , portatore di **handicap grave**, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale , da fruire nel seguente giorno :

Retribuiti per il mese di nei seguenti giorni:

1) 2) 3)

Oppure

Nella settimana dal al nel giorno

Al fine della fruizione del permesso richiesto:

dichiaro sotto la mia responsabilità, fatta salva la possibilità di accertamenti da parte dell'Amministrazione, che il familiare assistito **NON è ricoverato** ¹ a tempo pieno (L. 104/1992, art. 33, c.3).

dichiaro sotto la mia responsabilità che il familiare assistito è ricoverato a tempo pieno e che il permesso è richiesto per accompagnarlo fuori dalla struttura che lo ospita per effettuare visite e terapie, in quanto, nella circostanza, la struttura ospitante non garantisce la necessaria assistenza.

Allo scopo allega apposita documentazione rilasciata dalla struttura competente attestante le visite o le terapie effettuate

Latina,

Firma

firmato

VISTO : IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Rosalba Rosaria BIANCHI