

OGGETTO: **domanda di permesso retribuito per assistenza familiare portatore di handicap.**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

Domiciliato/a in _____ Via _____ n° _____

telefono _____, in servizio presso l'Istituto Comprensivo di Castel San Giovanni,

Scuola _____ in qualità di _____

con contratto di lavoro **a tempo:** ☐ **indeterminato** ☐ **determinato**

CHIEDE

in applicazione dell'art. 33, della Legge 05/02/1992, n° 104, come modificato dall'art. 21 del D.L. 27/08/1993, 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 dell'art. 20 della Legge 08/03/2000, n° 53, gg: _____ (*)

di **PERMESSO RETRIBUITO** per assistere il proprio familiare _____

(rapporto di parentela: _____) portatore di handicap grave, come da documentazione

acquisita al proprio fascicolo personale, da fruire ne _____ seguent _____ giorn _____:

- dal _____ al _____ =gg. _____
- dal _____ al _____ =gg. _____
- dal _____ al _____ =gg. _____

Il/la sottoscritto/a chiede che eventuali comunicazioni vengano effettuate al seguente indirizzo:

_____ telefono _____

_____ lì _____

Firma

(*) N.B.. Si possono fruire massimo 3 giorni al mese anche se consecutivi

La presente dichiarazione va presentata all'Ufficio di Segreteria dal personale che intende fruire della legge 104/92 unitamente a fotocopia della certificazione della commissione medica dell'azienda A.S.L. in cui risultino le gravità dell'handicap e l'esigenza di assistenza continua globale e permanente

**Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di
Castel San Giovanni**

OGGETTO: Dichiarazione parentela e assistenza precedenza Legge 104/92

Il/La sottoscritt_ _____ nat_ _____

il _____ assunt_ a tempo indeterminato/determinato in qualità di _____

D I C H I A R A

Ai sensi e per gli effetti del D.P. R. n. 445 del 28/12/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

● il/la Sig_ _____ nat_ a _____
il _____:

- ha il seguente grado di parentela con lo/la scrivente: _____

- non è ricoverat_ a tempo pieno presso istituti specializzati e necessita di assistenza a carattere continuativo ed in via esclusiva da parte della sottoscritt_ ;

● il/la sottoscritt_ è l'unico membro della famiglia delegato in via esclusiva a provvedere a tale assistenza;

● il/la sottoscritt_ si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione rispetto alle dichiarazioni sopra riportate e alla certificazione dell'Azienda A.S.L.

Castel San Giovanni , _____

(firma del dichiarante)