

**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\_\_ giorni\_\_:

- 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)