

OGGETTO: Richiesta permesso retribuito per assistenza familiare con handicap (L. 104)
Personale DOCENTE

Il/La sottoscritto/a

Docente scuola Infanzia Primaria Sec. I grado

in servizio presso questa Istituzione Scolastica, plesso

con contratto a tempo **Indeterminato** **Determinato**

nella sua veste di del/la Sig/Sig.ra ,

(grado di parentela)

(Cognome e Nome dell'assistito)

familiare in situazione di handicap grave,

ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/92, modificato dalla Legge 53/2000, artt. 19 e 20 della Legge 183/2010 e delle vigenti norme contrattuali, 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

CHIEDE

avendo titolo a fruire dei benefici di cui all'art.33 Legge n.104/92,

un permesso per assistere il proprio familiare nei seguenti giorni:

dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	gg.	<input type="text"/>
dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	gg.	<input type="text"/>
dal	<input type="text"/>	al	<input type="text"/>	gg.	<input type="text"/>

La presente richiesta è giustificata dalla documentazione acquisita agli atti di questa Istituzione Scolastica, impegnandomi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

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 in strutture ospedaliere o simili, sia pubbliche che private, a tempo pieno;

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.

Si allega apposita documentazione rilasciata dalla struttura competente attestante le visite o le terapie effettuate.

Gioia Tauro,