

Oggetto: Permesso retribuito per assistenza familiare portatore di handicap

Il/la sottoscritto/a _____ in
servizio presso codesto Istituto in qualità di _____
con contratto a tempo indeterminato/determinato

COMUNICA

- o di poter fruire di usufruire, in applicazione dell'art. 33 della Legge n. 104/1992 come modificato dall'art. 21 del D.L n. 324/1993 convertito con modificazioni di Legge n. 423/1993 nonché dall'art.2 comma 38 della Legge n. 537/1993 e dall'art. 20 della Legge n. 53/2000, di n. giorni/ore _____ di permesso retribuito per assistere il proprio familiare _____, portatore di handicap grave, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale, da fruire nel seguente giorno:
 - o il giorno ___ / ___ / ___ dalle ore _____ alle ore _____
 - o il giorno ___ / ___ / ___ dalle ore _____ alle ore _____
 - o il giorno ___ / ___ / ___ dalle ore _____ alle ore _____

Al fine della fruizione del permesso richiesto dichiara sotto la propria responsabilità:

- o che il familiare assistito NON è ricoverato a tempo pieno in strutture ospedaliere (L. 104/1992, art. 33, c.3), fatta salva la possibilità di accertamenti da parte dell'Amministrazione
- o 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 (Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali n. 13 D.D. prot. n.25 25/1/0002602 del 20/2/2009,)

data _____

Il referente di plesso

(firma)

COGNOME E NOME _____

FIRMA _____

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Maria Rosaria IPPOLITO