

Al Dirigente Scolastico
I.C. GUIDO GALLI

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 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:

- DAL ____ / ____ / ____ AL ____ / ____ / ____

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 (Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali n. 13 dd. 20/2/2009, prot. n. 25 25/1/0002602)

Milano, _____

Firma _____

***** (Spazio riservato all'ufficio)*****

ISTITUTO COMPRENSIVO "GUIDO GALLI"

VISTA la richiesta di cui sopra e la documentazione allegata,
 si concede non si concede

Motivi eventuale diniego:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Milano, _____

¹ In strutture ospedaliere