Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Secondo

Milazzo (ME)

Oggetto: **Domanda di permesso retribuito per assistenza familiare con handicap in situazione di gravità.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso codesta Istituzione Scolastica 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 dall’art. 20 della Legge 08/03/2000, n. 53,

giorni n° **\_\_\_\_\_** di

**PERMESSO RETRIBUITO PER ASSISTERE IL PROPRIO FAMILIARE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PORTATORE DI HANDICAP GRAVE**, essendone beneficiario come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale.

* Dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In ottemperanza alle indicazioni ed integrazioni alla normativa in oggetto **DICHIARA** sotto la personale responsabilità che l’assistito/a con handicap in situazione di gravità, necessita di assistenza e non è ricoverato/a a tempo pieno.

Milazzo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_