AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Comprensivo "E. De Filippo – DD2 "

Oggetto: domanda di permesso retribuito per assistenza familiare portatore di handicap.

Il /La sottoscritto/a _____

nato/a il _____/_____/_____ a _____ prov. (_____)

in servizio presso questa 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, dell'art. 15 comma 6 CCNL 2006/09

giorni n. _____ di PERMESSO RETRIBUITO per assistere il proprio familiare

_____ ,portatore di handicap grave,

come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale, da fruire

ne_____ seguent_____ giorn_____

dal _____ /_____/ 202 al _____ /_____/ 202

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il /La sottoscritt____, consapevole delle responsabilità civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, ai sensi e per effetto dell'art. DPR 445 del 28/12/2000

DICHIARA

☐ che il proprio familiare non è ricoverato a tempo pieno (24 ore) presso istituti specializzati (art. 33 L. 104/92)

☐ trattasi di ricovero di un bambino di età inferiore ai 3 anni o ricovero di persona con disabilità in situazione di gravità in coma vigile e/o in situazione terminale, contesti assimilabili al piccolo minore (circolare INPS n. 90/2007).

IL/La sottoscritt__ dichiara di aver fruito nel mese di giorni 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ di tale permesso.

San Nicola la Strada lì ____/____/20___

Firma

_____

Istituto Comprensivo "E. De Filippo – DD2 "

Prot. N. _____ Fp del / /202

VISTA la richiesta di cui sopra ☐ si concede ☐ non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Spalice Giovanni

_____

ASS. AMM. MOLINARO F./ a. s. 2016/17/ mod. vari