



Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca

Istituto Comprensivo di Roncoferraro
Via Nenni, 11 – 46037 Roncoferraro
Tel: 0376 663118 Fax: 0376 664498
e-mail uffici: mnic81500n@istruzione.it

Al dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Roncoferraro

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,

beneficiario 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,

COMUNICA

Di fruire dei predetti permessi nel/i seguente giorno/i:

- il giorno ___/___/___ dalle ore _____ alle ore _____
- il giorno ___/___/___ dalle ore _____ alle ore _____
- il giorno ___/___/___ dalle ore _____ alle ore _____

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

- 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;
- 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/l/0002602 del 20/2/2009,)

Roncoferraro ___/___/_____

Firma _____

Visto Il Dirigente Scolastico _____