Al Dirigente Scolastico

Dell’IPSSEOA “G. Falcone” Giarre (CT)

Oggetto: Permesso retribuito per assistenza familiare portatore di handicap (art. 3 co. 3 L. 104/1992).

Il/La sottoscritto/a scrivere nominativo. in servizio presso questo Istituto, in qualità di:

[ ]  ATA a tempo indeterminato;

[ ]  ATA a tempo determinato;

**COMUNICA**

Di usufruire in applicazione dell’art. 33 L. 104/1992, come modificato dall’art. 21 del D.L. 324/1993, convertito con modificazioni in L. 423/1993, nonché dall’art. 3 co. 38 della L.537/1993, n. 537 e dall’art. 20 della L. 53/2000, [ ]  Giorni n. scrivere numero giorni. [ ]  Ore n. [ ]  di **permesso retribuito** per assistere il proprio familiaresig. scrivere nominativo del familiare, portatore di **handicap grave** (art. 3 co. 3 L. 104/1992), come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale, da fruire nel seguenti giorni:

[ ]  I giorno: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

[ ]  Il giorno: \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ (dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

[ ]  III giorno: \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ (dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Al fine della fruizione del permesso richiesto:

[ ]  Dichiara sotto la propria responsabilità, fatta salva la possibilità di accertamenti da parte dell’Amministrazione, che il familiare assistito **non è ricoverato in strutture ospedaliere** a tempo pieno (L. 104/1992, art. 33, co.3).

[ ] Dichiara sotto la propria 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 sociale n. 13 dd. 20/2/2009, prot. n. 25 25/I/0002602)

Giarre, scrivere data Firma

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

 Il D.S.G.A. Il Dirigente Scolastico

Dott. Alessandro Amante Prof.ssa Monica Insanguine