MODULO RICHIESTA PERMESSI Legge n°104/92

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto

Stroffolini di Casapulla (CE)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In servizio presso questo Istituto in qualità di

* DOCENTE
* DSGA
* ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
* COLLABORATORE SCOLASTICO

con contratto a tempo indeterminato determinato

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente,

C H IE DE

ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/1992, di essere ammesso alla fruizione del beneficio del permesso retribuito di 3 giorni mensili, quale unico referente per l'assistenza del proprio familiare Sig.\ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (indicare il grado di parentela con il richiedente ):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ persona disabile in situazione di gravità, riconosciuta ai sensi dell'art.3 ed accertata ai sensi dell'art.4 della Legge sopra indicata.

Allega alla presente:

1. Certificato, in originale o conforme, rilasciato dall'INPS attestante lo stato di disabilità in situazione di gravità del summenzionato familiare;

2. Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà;

2. Dichiarazione del familiare attestante il rapporto fiduciario col sottoscritto e che il sottoscritto medesimo è l'unico referente della sua assistenza alla quale si dedica in maniera ed in forma esclusiva.

3. Dichiarazione che eventuali parenti non esercitano lo stesso diritto.

Assume, per la migliore organizzazione dell'attività lavorativa, formale impegno di comunicare, con congruo preavviso, fatte salve situazioni di urgenza, le richieste di permesso riferite all'intero mese di fruizione.

Firma

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |
| --- |
| * Si concede IL DIRIGENTE SCOLASTICO   Prof.ssa Angela MASSARO   * Non si concede |