

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'I.C. TIZIANA WEISS
TRIESTE

Oggetto: Permesso retribuito per assistenza familiare portatore di handicap

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____
prov. (____) in servizio presso codesta Istituzione Scolastica, in qualità di _____ con
contratto di lavoro a tempo indeterminato / determinato

COMUNICA

di usufruire in applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992 , n. 104, come modificato dall'art. 21 del D.L. 27/8/1993, 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 8/3/2000, n. 53, giorni/ore n. _____ di **PERMESSO RETRIBUITO per assistere il proprio familiare sig. _____**, portatore di **handicap grave**, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale, da fruire nel seguente giorno/i:

(solo se concordato orario)

- Il giorno/i ____/____/____ (dalle ore _____ alle ore _____)
- Il giorno/i ____/____/____ (dalle ore _____ alle ore _____)
- Il giorno/i ____/____/____ (dalle ore _____ alle ore _____)

Al fine della fruizione del permesso richiesto:

- dichiaro sotto la mia responsabilità, fatta salva la possibilità di accertamenti da parte dell'Amministrazione, che il familiare assistito **NON è ricoverato** ¹ a tempo pieno (L. 104/1992, art. 33, c.3).
- dichiaro sotto la mia 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 sociali n. 13 dd. 20/2/2009, prot. n. 25 25/1/0002602)

TRIESTE, _____

Firma

¹ In strutture ospedaliere, istituti, case di riposo