

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO COMPRENSIVO SAN MARCO ARGENTANO

Via Vittorio Emanuele III, 16

87018 SAN MARCO ARGENTANO

OGGETTO: Programmazione Mensile di fruizione dei permessi retribuiti L.104

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso questo istituto
a tempo determinato indeterminato in qualità di docente personale Ata

COMUNICA

ai sensi dell'art.33 della legge del 05.02.1992 n.104, che usufruirà dei permessi retribuiti per il mese di
_____ nei seguenti giorni:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

- per assistere il proprio familiare _____
 per se stesso

portatore di handicap grave, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale

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 in strutture ospedaliere 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)

San Marco Argentano, _____

Firma _____

VISTO: IL DIRIGENTE SCOLASTICO
