

RICHIESTA DI PERMESSO RETRIBUITO

(art. 33 c. 3 L.104/92)

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di Osio Sopra

Il/La sottoscritto/a _____, in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____;

CHIEDE

Di fruire dei permessi mensili (massimo 3 gg.) nelle giornate di seguito indicate:

mese di _____ giorni 1. _____ 2. _____ 3. _____

DATI PERSONA CON HANDICAP GRAVE

Cognome e Nome _____ data di nascita _____

Comune di nascita _____ C.F. _____

Residenza (solo se diversa da quella del richiedente) _____

- figlio/a
- parente o affine entro il 3° grado (specificare) _____
- convivente con il/la richiedente
- portatore di handicap grave, accertato dalla ASL di _____ in data _____
- non ricoverato/a a tempo pieno presso Istituti Specializzati

DICHIARA

- che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap
- che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (in tal caso l'altro genitore è tenuto a sottoscrivere la dichiarazione di responsabilità)
- di non fruire, nello stesso mese solare di congedi straordinari previsti dall'art. 42 c. D. 151/2001
- di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli assistenza

COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEDA LA PERSONA CON HANDICAP

da non compilare se già allegata a precedenti domande

Cognome e Nome	Data di Nascita	Rapporto di Parentela	Professione
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

da non presentare se già allegata a precedenti domande

- certificato rilasciato dalla componente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell'handicap altro (indicare) _____

Data _____

Firma del richiedente _____

Firma dell'altro genitore _____