

RICHIESTA DI PERMESSO RETRIBUITO ART.33, COMMA 3 - LEGGE 5 FEBBRAIO 1992, N° 104

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso codesto
istituto in qualità di _____

A TEMPO INDETERMINATO

A TEMPO DETERMINATO

CHIEDE

DI FRUIRE DEI PERMESSI MENSILI (massimo 3 giorni) NEL MESE DI _____ 20__
nei seguenti giorni:

1. _____ 2. _____ 3. _____

DATI DELLA PERSONA CON HANDICAP GRAVE

Cognome e nome _____ data di nascita _____

Comune di nascita _____ codice fiscale _____

Residenza (solo se diversa da quella del richiedente) _____

figlio/a

parente o affine entro il 2° grado (specificare)

convivente con il/la richiedente

non convivente con il richiedente e residente all'indirizzo sopra indicato

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 dei congedi straordinari previsti dall'art. 42 c.5 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

Cognome e nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	professione

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

da non presentare se già allegata a precedenti domande

certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell' handicap

altro (indicare) _____

Lavello, _____

Firma del richiedente _____

Firma dell'altro genitore _____