

Oggetto: Domanda di permesso retribuito per assistenza familiare portatore di handicap

_ 1 _ sottoscritt_ _____
nat_ il ___/___/___ a _____ prov . (___) in servizio
presso codesta Istituzione Scolastica , in qualità di _____
con contratto di lavoro a tempo indeterminato / determinato.

CHIEDE

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 n. _____ di **PERMESSO RETRIBUITO per assistere il proprio familiare:**
_____, portatore di
handicap grave, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale , da fruire
ne ___ sequent ___ giorn ___ :

dal ___/___/___ **al** ___/___/___

dal ___/___/___ **al** ___/___/___

dal ___/___/___ **al** ___/___/___

- In caso di **alternanza** del beneficio con altri familiari aventi diritto, (cognome e nome) _____
(grado di parentela rispetto all'assistito) _____
1 sottoscritt_ dichiara che nello stesso mese sono già stati usufruiti, per lo stesso portatore di handicap, i seguenti giorni:

dal ___/___/___ **al** ___/___/___

dal ___/___/___ **al** ___/___/___

- L'altro beneficiario non ha usufruito di permessi per l'assistenza al familiare.

(barrare l'opzione che interessa)

_____ li, _____

Firma
