

Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo Statale "Padre Pino Puglisi"

OGGETTO: DOMANDA DI PERMESSO RETRIBUITO PER ASSISTENZA A FAMILIARE CON DISABILITÀ GRAVE.

(Ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/1992 e del CCNL Istruzione e Ricerca 2019-2021)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il
__/__/____ a _____ Prov.(____) In servizio presso codesta
Istituzione Scolastica in qualità di:

- Docente con contratto: ☐ Tempo Indeterminato ☐ Tempo Determinato (fino al __/__/____)
- ATA con contratto: ☐ Tempo Indeterminato ☐ Tempo Determinato (fino al __/__/____)

CHIEDE

in applicazione dell'art. 33, comma 3, della Legge 104/1992 e delle vigenti disposizioni contrattuali (**art. 15 c. 6 o art. 35 c. 12 del CCNL 2019-2021**), la concessione di n. _____ giorni di **PERMESSO RETRIBUITO** per assistere il proprio familiare: Sig./Sig.ra _____ in situazione di disabilità con connotazione di gravità (art. 3, comma 3, L. 104/92), non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati.

I permessi verranno fruiti secondo il seguente prospetto (o piano mensile):

- Giorno __/__/____
- Giorno __/__/____
- Giorno __/__/____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E ATTO DI NOTORIETÀ (Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA:

1. Che il familiare assistito è in possesso di certificazione di disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, L. 104/92;
2. Di essere l'unico referente che presta assistenza al disabile (ferma restando la possibilità di condivisione tra i genitori per l'assistenza al figlio);
3. Che il disabile non è ricoverato a tempo pieno;
4. Di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione delle suddette condizioni.

_____, Li _____

Firma

Visto: si concede/ non si concede

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
ANGELA RANDAZZO