**Al Dirigente Scolastico**

**Istituto Comprensivo 7**

**P E S C A R A**

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

\_ l \_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso codesta Istituzione Scolastica , in qualità di docente/ATA nel plesso

🞏Infanzia Colle Pineta 🞏 Infanzia Rione San Donato

🞏Primaria “11 Febbraio 44” - Via Colle Pineta 🞏Primaria “R. Laporta” - Via Rubicone

🞏Secondaria I Gr. “L. Antonelli”

con Contratto Individuale 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** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **non ricoverato a tempo pieno,** portatore di **handicap grave** come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale,da fruire ne \_\_\_\_ seguent \_\_\_ giorn \_\_\_ :

* **dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_**

ovvero: **il proprio familiare, in situazione di handicap, è ricoverato a tempo pieno ma il ricovero è interrotto per garantire visite specialistiche o terapia da effettuarsi all’esterno della casa di cura/riposo, presso strutture adeguate all’assistenza sanitaria o riabilitativa (si allegherà documentazione rilasciata dalla struttura competente che attesti le visite o le terapie effettuate) ,** da fruire ne\_\_\_\_ seguent\_\_\_\_\_ giorn\_\_\_\_\_\_:

* **dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_**

Pescara lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RISERVATO ALL’UFFICIO**

**CONSIDERATO** che la/il richiedente ha già fruito nel mese in corso complessivamente di giorni \_\_\_ di permesso per assistere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

DISPONE:

l' Ins./ATA **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

è collocata/o in permesso retribuito per **assistenza a portatore di handicap** dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per giorni \_\_\_\_\_ .

|  |  |
| --- | --- |
|  | IL DIRIGENTE SCOLASTICO |
|  | (Dott.ssa Rossella Di Donato) |