



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO COMPRENSIVO di ASIGLIANO

Piazza Vittorio Veneto - 13032 Asigliano V.se (VC)
Tel: 0161 36 117 – C.M.: VCIC80100A – C.F.: 940 233 800 289
PEO: vcic80100a@istruzione.it - PEC: vcic80100a@pec.istruzione.it
www.icasigliano.gov.it



**Al Dirigente Scolastico del
Istituto Comprensivo
Di Asigliano**

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

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

CHIEDE

In applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992 , n. 104 e s.m.i., di voler fruire di:

N. GIORNI _____ di **PERMESSO RETRIBUITO** per assistere il proprio familiare/affine
cognome _____ nome _____ ,
grado di parentela _____ portatore di handicap grave, come da
documentazione acquisita al proprio fascicolo personale , da fruire ne ___ seguent ___ giorn ___ :

- dal ___/___/___ al ___/___/___
- dal ___/___/___ al ___/___/___
- dal ___/___/___ al ___/___/___

DICHIARA

ai sensi D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

❖ che il familiare/affine, che necessita di assistenza, con handicap in situazione di gravità:

- non è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa;
- è ricoverato a tempo pieno ma ricade in una delle ipotesi che fanno eccezione previste della circolare della

F. P. n.13 del 6/12/2010 _____
che l'altro genitore nel mese di _____ :

- ha usufruito di _____ di permesso retribuito per assistenza al figlio
- non ha usufruito, fino alla data odierna, di alcun permesso retribuito per assistenza al figlio e non ne usufruirà fino all' ultimo periodo richiesto.

Asigliano, _____

Firma _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Paoletta Picco