

**Oggetto: Permesso retribuito per assistenza familiare portatore di handicap**

Il/ La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ ) in servizio presso codesta Istituzione Scolastica , in qualità di \_\_\_\_\_ con contratto di lavoro a tempo indeterminato / determinato.

**COMUNICA**

Di usufruire 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/ore n. \_\_\_\_\_ di **PERMESSO RETRIBUITO per assistere il proprio familiare** sig. \_\_\_\_\_ , portatore di **handicap grave**, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale , da fruire nel seguente giorno :

- Il giorno/i \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_)
- Il giorno/i \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_)
- Il giorno/i \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_)

Al fine della fruizione del permesso richiesto:

- dichiaro sotto la mia responsabilità, fatta salva la possibilità di accertamenti da parte dell'Amministrazione, che il familiare assistito **NON è ricoverato** <sup>1</sup> a tempo pieno (L. 104/1992, art. 33, c.3).
- dichiaro sotto la mia responsabilità che il familiare assistito è ricoverato a tempo pieno e che il permesso è richiesto per accompagnarlo fuori dalla struttura che lo ospita per effettuare visite e terapie, in quanto, nella circostanza, la struttura ospitante non garantisce la necessaria assistenza.  
Allo scopo allega apposita documentazione rilasciata dalla struttura competente attestante le visite o le terapie effettuate (Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali n. 13 dd. 20/2/2009, prot. n. 25 25/1/0002602)

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> In strutture ospedaliere