

MOD. 104D

Mod. richiesta permessi dipendenti disabili (L. 104/92)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il sottoscritto
Cognome e nome

In servizio presso questo Istituto in qualità di docente a.t.a. con contratto di lavoro
a tempo indeterminato annuale / fino al termine attiv. didattiche breve e salt.

CHIEDE

Di usufruire dei permessi stabiliti dall' Art. 33 comma 3, Legge 104/92,:

PERMESSO RETRIBUITO RICHIESTO:

GIORNI DAL GIORNOAL GIORNO.....

A TAL FINE

DICHIARA

Che la documentazione medica, prevista dall' Art. 33 commi 1 e 3 - L. 104/92,

è stata già consegnata e acquisita agli atti di codesto Ufficio;

è allegata alla presente richiesta.

Data.....

Firma

Il sottoscritto
Cognome e nome

In servizio presso questo Istituto in qualità di docente a.t.a. con contratto di lavoro
a tempo indeterminato annuale / fino al termine attiv. didattiche breve e salt.

CHIEDE

Di usufruire dei permessi retribuiti di cui all' Art. 33 comma 3 Legge 104/92, per assistenza
CONTINUATIVA ED ESCLUSIVA al parente o affine entro il terzo grado sotto indicato:

ASSISTITO Cognome Nome

Grado di parentela

Residente: Comune

PERMESSO RICHIESTO:

GIORNI DAL GIORNOAL GIORNO.....

A TAL FINE

Consapevole delle sanzioni previste dalla Legge in caso di dichiarazioni che non corrispondono
al vero

DICHIARA

Che la documentazione medica, prevista dall' Art. 33 commi 1 e 3 - L. 104/92,

è stata già consegnata e acquisita agli atti di codesto Ufficio;

è allegata alla presente richiesta.

Che il disabile in situazione di gravità sopra indicato non è ricoverato a tempo pieno in una
struttura specializzata.

Che il richiedente presta con continuità ed esclusività assistenza al disabile in situazione di
gravità sopra indicato.

Che nella famiglia del disabile sopra indicato non è presente altro soggetto non lavoratore in
grado di prestare assistenza.

Data.....

Firma