

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

PENNE

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

\_\_ 1 \_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_) in servizio  
presso codesta Istituzione Scolastica, in qualità di \_\_\_\_\_  
con contratto di lavoro a tempo indeterminato / determinato.

**CHIEDE**

In applicazione dell'art. 33 della Legge 104 del 5/2/1992, modificato dall'art. 20 della Legge n°  
53 dell'8/3/2000 e dall'art. 24 della Legge n° 183 del 4/11/2010, giorni n. \_\_\_\_\_ di

**PERMESSO RETRIBUITO** per assistere il proprio familiare  
\_\_\_\_\_, portatore di  
handicap grave, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale, da fruire

ne \_\_\_ seguent \_\_\_ giorn \_\_\_:

> dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

> dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

> dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Inoltre, il/la sottoscritt \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445  
del 28/12/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità  
per i fini previsti dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

**DICHIARA**

che la persona "con handicap grave" non è ricoverata a tempo pieno;

Penne, \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_