

RICHIESTA DI PERMESSO RETRIBUITO ART.33, COMMA 3 - LEGGE 5 FEBBRAIO 1992, N° 104

__ I __ sottoscritt _____ in servizio
presso codesto istituto in qualità di _____

A TEMPO INDETERMINATO A TEMPO DETERMINATO

CHIEDE

DI FRUIRE DEI PERMESSI MENSILI (massimo 3 giorni)

NEL MESE DI _____ 20__ nei giorni sottoindicati:

giorno _____

giorno _____

giorno _____

DATI DELLA PERSONA CON HANDICAP GRAVE

Cognome e nome _____ data di nascita _____

Comune di nascita _____ codice fiscale _____

Residenza (solo se diversa da quella del richiedente) _____

figlio/a

parente o affine entro il 3° grado (specificare) _____

convivente con il/la richiedente;

non convivente con il richiedente e residente all'indirizzo sopra indicato;

portatore di handicap grave, accertato dalla ASL di _____ in data _____

non ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati.

DICHIARA

che nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto portatore di handicap;

che l'altro genitore beneficia dei permessi per lo stesso portatore di handicap alternativamente con il sottoscritto, nel limite massimo di 3 giorni complessivi tra i due genitori (in tal caso l'altro genitore è tenuto a sottoscrivere la dichiarazione di responsabilità);

di non fruire, nello stesso mese solare dei congedi straordinari previsti dall'art. 42 c.5 D.151/2001;

di non essere convivente con il soggetto portatore di handicap, ma di svolgere con continuità l'assistenza allo stesso per le necessità quotidiane e che nessun'altra persona è in grado di prestargli assistenza;

che, nel caso di residenza distante oltre i 150 KM si impegna a "attestare con titolo di viaggio o altra documentazione idonea il raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito";

COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA PRESSO CUI RISIEME LA PERSONA CON HANDICAP

Cognome e nome	Data di nascita	Rapporto di parentela	professione

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

da non presentare se già allegata a precedenti domande

certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità dell' handicap

altro (indicare) _____

Verdello, _____

Firma del richiedente _____