

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO COMPRENSIVO TIVOLI I – TIVOLI CENTRO

Via Acquaregna, 112 – 00019 Tivoli

OGGETTO: Programmazione Mensile di fruizione dei permessi retribuiti L.104

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso questo istituto
a tempo ☐ determinato ☐ indeterminato in qualità di ☐ docente ☐ personale Ata

COMUNICA

ai sensi dell'art.33 della legge del 05.02.1992 n.104, che usufruirà dei permessi retribuiti per il mese
di _____ nei seguenti giorni:

1) _____

2) _____

3) _____

- ☐ per assistere il proprio familiare _____
☐ per se stesso

portatore di handicap grave, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale

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 in strutture ospedaliere** 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. 2525/I/0002602)

Tivoli, _____

FIRMA _____

VISTO: IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Francesca CERRI