

**PERMESSO RETRIBUITO PER ASSISTENZA FAMILIARE PORTATORE DI
HANDICAP**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI MOZZECANE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME _____ NOME _____

QUALIFICA _____

Vista l'autorizzazione della richiesta ad usufruire di permessi ai sensi della Legge 5/2/1992 , n. 104 art. 33 comma 3, CCNL art. 15 comma 6, rilasciata in data _____

CHIEDE

giorni n. _____ di **PERMESSO RETRIBUITO per assistere il proprio familiare**

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

dal ___/___/___ al ___/___/___

dal ___/___/___ al ___/___/___

dal ___/___/___ al ___/___/___

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità e che per la fruizione dei suddetti permessi ricorrono le condizioni previste dalla legge. Dichiara inoltre di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni

Si impegna a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:

- l'eventuale ricovero del portatore di handicap presso istituti specializzati
- la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL
- le modifiche ai periodi di permesso richiesti
- la fruizione di permessi, per lo stesso portatore di handicap, da parte di altri familiari

Mozzecane _____

Firma _____

IL DIRETTORE S.G.A.
SIGNORETTO STEFANIA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO