

**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