

**PROGRAMMAZIONE MENSILE
DI FRUIZIONE DEI PERMESSI RETRIBUITI L.104**

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo TIVOLI III - M.T. di CALCUTTA

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 104/1992, 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. 25/1/0002602)

VISTO IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.

Francesco Oman
