

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di Bereguardo

Il/La sottoscritto/a
in servizio presso questo Istituto in qualità di
con contratto di lavoro

a tempo indeterminato

a tempo determinato

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla
stessa persona disabile in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente,

CHIEDE

alla S.V., ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/1992, di essere ammesso alla fruizione del
beneficio del permesso retribuito di 3 giorni mensili, quale unico referente per l'assistenza
del proprio familiare, grado di parentela
....., nato a
il, persona disabile in situazione di gravità riconosciuta ai sensi
dell'art. 3 ed accertata ai sensi dell'art. 4 della legge su indicata.

Allega alla presente:

1. Certificato, in originale o conforme, attestante lo stato di disabilità in situazione di gravità del sopra menzionato familiare.
2. Dichiarazione personale di assistenza continuativa.

Bereguardo,

Firma

.....

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Maria Grazia MERLINA