CALENDARIO MENSILE DA PRODURRE ALL’AMMINISTRAZIONE ENTRO IL GIORNO 25 DEL MESE PRECEDENTE

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

 ISTITUTO COMPRENSIVO DI MANIAGO

OGGETTO: **Richiesta di astensione dal lavoro ex Legge 104/92**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a |  | qualifica | **ATA/DOCENTE** |
|  |
| Sede di servizio |  | nomina | **T.I./T.D.**  |

**chiede alla S.V. di poter usufruire**

dei seguenti permessi ai sensi dell’art.33 comma 3 della Legge 104/1992 per il mese di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per assistere il proprio familiare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portatore di handicap grave come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale:

* Il giorno :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Il giorno :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Il giorno :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si impegna a comunicare eventuali variazioni che si rendessero necessarie a seguito di comprovate situazioni di urgenza, dimostrabili.

Al fine della fruizione del permesso richiesto:

* Dichiara sotto la propria responsabilità, fatta salva la possibilità di accertamenti da parte dell’Amministrazione, che il familiare assistito non è ricoverato a tempo pieno
* Dichiara sotto la propria 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 produrrà 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. 20/02/2009, prot. n. 25/I/0002602).

Qualora il beneficiario dei permessi non fosse unico referente per la persona assistita ai sensi D.Lgs. n. 105/22 sarà necessario allegare alla presente anche l’autocertificazione debitamente compilata.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 VISTO: si autorizza

 IL D.S.G.A. IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 dott.ssa Alice De Michiel dott.ssa Laura RUGGIERO