

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ in servizio presso questo

Istituto con contratto di lavoro a tempo Indeterminato Determinato in qualità di:

Y DOCENTE

Y A.T.A. profilo _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 33 della legge del 05/02/1992 n. 104, come modificato dall'art. 21 del D.L. 27/08/1993, n. 324, convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993, n. 423, nonché dall'art. 3, comma 38, della Legge 24/12/1993, n. 537 e dall'art. 20 della Legge 08/03/2000, n. 53, di poter usufruire dei permessi retribuiti per il mese di _____ nei seguenti giorni:

1. _____;

2. _____;

3. _____.

L _____ stesso dichiara che: **(in caso di altro soggetto che presta assistenza)**

- Che il Sig. _____ dipendente presso _____ fruirà nello stesso mese di n. _____ giorni in alternativa con il sottoscritto/a

1)

- Il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno ovvero per le intere ventiquattro ore, presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa.

2)

- Il familiare disabile è ricoverato a tempo pieno ma usufruisce delle seguenti eccezioni previste dall'art. 6 della Circolare INPS n. 32 del 06/03/2012:

- Interruzione del ricovero a tempo pieno per necessità del disabile in situazione di gravità di recarsi al di fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite e terapie appositamente certificate (messaggio 14480 del 28 maggio 2010);
- Ricovero a tempo pieno di disabile in situazione di gravità in stato vegetativo persistente e/o con prognosi infausta a breve termine (circolare n. 155 del 3 dicembre 2010, p. 3);
- Ricovero a tempo pieno di un soggetto disabile in situazione di gravità per il quale risulti documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare, ipotesi precedentemente prevista per i soli minori (circolare n. 155 del 3 dicembre 2010, p.3).

Salerno, _____

Firma, _____