ALLEGATO 3

Al Dirigente Scolastico

_____

OGGETTO: RICHIESTA PER L'A.S. 201 \1 DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITA' GRAVE – ART. 33 L. 104\1992-

DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO

_____ sottoscritt _____

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,

DICHIARA

che il familiare _____ in stato di disabilità grave per il quale il sottoscritto ha richiesto di usufruire dei permessi retribuiti, non è ricoverato a tempo pieno presso struttura pubblica o privata e che necessita di assistenza a carattere continuativo ed in via esclusiva dal parte del/della sottoscritto/a.

IN FEDE

, _____