



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE ROSSANO II**  
VIA PALERMO SNC – 87067 ROSSANO TEL. 0983/515594 FAX. 0983/292394  
SCUOLA SECONDARIA DI 1° GRADO “LEVI” TEL. 0983/514909 FAX. 0983/514909  
SCUOLA PRIMARIA “MONACHELLE” - SCUOLA MATERNA “MATASSA”  
SEDE CENTRALE AMMINISTRATIVA: VIA PALERMO S.N.C. – 87067 ROSSANO (CS)  
C.M. - CSIC8AN00X – C.F. 97028260780  
POSTA CERTIFICATA: csic8an00x@pec.istruzione.it -  
E-MAIL: csic8an00x@istruzione.it

**Al Dirigente Scolastico  
IC 2  
ROSSANO**

**Oggetto: Domanda di permesso retribuito per assistenza familiare/affine portatore di handicap**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_) in servizio presso  
codesta Istituzione Scolastica, in qualità di \_\_\_\_\_ con  
contratto di lavoro a tempo  determinato  indeterminato

#### **CHIEDE**

In applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992, n. 104 e s.m.i., di voler fruire di:

**N. GIORNI** \_\_\_\_\_ di **PERMESSO RETRIBUITO** per assistere il proprio familiare/affine  
cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_,  
grado di parentela \_\_\_\_\_ portatore di handicap grave, come da  
documentazione acquisita al proprio fascicolo personale, da fruire ne \_\_\_ sequent \_\_\_ giorn \_\_\_:

- dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### **DICHIARA**

ai sensi D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

❖ che il familiare/affine, che necessita di assistenza, con handicap in situazione di gravità:

- non è ricoverato a tempo pieno presso strutture ospedaliere o simili, pubbliche o private, che assicurano assistenza sanitaria continuativa;
- è ricoverato a tempo pieno ma ricade in una delle ipotesi che fanno eccezione previste della circolare della F. P. n.13 del 6/12/2010 \_\_\_\_\_

Rossano, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Visto: IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
Celestina D'ALESSANDRO