AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Prof.ssa GIANNICO DANIELA

 OGGETTO: RICHIESTA PER L’A.S. \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ DI PERMESSO ASSISTENZA PER SOGGETTO CON

 DISABILITA’ GRAVE (ATR. 33 COMMA LEGGE 104/92)

DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO

IL/La sottoscritta

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuto alternativamente, per l’assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, a più soggetti beneficiari dello stesso diritto, nel limite massimo mensile di 3 giorni complessivi tra i beneficiari,

DICHIARA

che il/la Sig.ra 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 da parte del/della sottoscritt .

TARANTO,

In fede