

Istituto Comprensivo n. 2 S. G. Persiceto
Data di arrivo
Prot. n°
Classif.

Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo n. 2
di San Giovanni in Persiceto

Oggetto: Richiesta permessi retribuiti **L. 104/92** e **L. 53/2000**

__ I __ sottoscritt__ _____

- docente scuola infanzia docente scuola primaria docente scuola secondaria
 D.S.G.A assistente amministrativo collaboratore scolastico

con contratto a tempo determinato indeterminato

visto il disposto di questo Ufficio prot. n. _____ del ____ / ____ / ____

c h i e d e

di usufruire dei permessi retribuiti relativi alla L. 104/92 per _____

➤ dal giorno ____ / ____ / ____ al giorno ____ / ____ / ____

➤ dalle ore _____ alle ore _____ per complessive ore _____

(specificare motivo o modalità dell'assistenza con autodichiarazione a tergo)

- __ I __ sottoscritt__ dichiara che la persona da assistere non è ricoverata presso struttura ospedaliera o simile, pubblica o privata, che assicura assistenza sanitaria.
- __ I __ sottoscritt__ è al corrente che, durante tale periodo, non può svolgere alcuna attività retribuita.
- __ I __ sottoscritt__, autorizza, ai sensi del Decreto Legislativo n°196 del 30/06/2003, l'Amministrazione scolastica ad utilizzare i dati personali dichiarati solo per fini istituzionali e necessari per la gestione giuridica ed economica del rapporto di lavoro.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

=====

Riservato all'Ufficio

visto

La Dirigente Scolastica
Dott.ssa M. Rita
Guazzaloca

Dichiarazione sostitutiva della
CERTIFICAZIONE GENERICA
D.P.R. 28 dicembre 2000, n 445

l sottoscritt _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

che l'ASSISTENZA al familiare disabile nei giorni comunicati si svolge nelle seguenti modalità (*specificare luogo e orario dell'assistenza/visita*):

firma del dichiarante

San Giovanni in Persiceto, ___ / ___ / ____