

**Oggetto: permesso per assistenza ai portatori di handicap - docenti**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

**DOCENTE**

in servizio presso codesto Istituto con contratto a

tempo pieno

tempo parziale di ore \_\_\_\_\_ settimanali

chiede un permesso retribuito per assistere il proprio familiare

\_\_\_\_\_ ,  
portatore di handicap grave, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale,  
ai sensi dell'art. 33 della L. 104/92, dell'art. 20 della L. 53/2000 e dell'art. 32, commi 1, 2 e 3  
del CCNL 2016-18, da fruire nel seguente modo:

**a giorni** (massimo 3 giorni al mese, per contratti a tempo pieno)

nei giorni 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

**a ore**

dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ il/i giorno/i \_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_; dalle  
\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ il/i giorno/i \_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_; dalle  
\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ il/i giorno/i \_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_;

**in prolungamento del congedo parentale** (fino al 3° anno di età del figlio)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

un periodo di giorni \_\_\_\_\_ retribuiti al 30%     ore 2 di permesso retribuito giornaliero;

allega copie dei certificati di nascita e di attestazione dell'handicap del figlio.

Dichiara a tal fine di essere l'unico familiare in condizione di lavoratore dipendente a prestare assistenza al familiare  
in condizione di handicap e che lo stesso non è stabilmente ricoverato a tempo pieno presso una struttura di cura.

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

**Visto**

data \_\_\_\_\_

Il Dirigente scolastico  
Prof.ssa Nicoletta Ambrosio  
Firmato digitalmente