All’att.ne di **Dirigente Scolastico** *IC “Aldo Moro”* Solbiate Olona (Va)

**PERMESSO LEGGE 104**

**per familiare**

(art. 33 comma 3 Legge 104/1992)

Il/La sottoscritto/a nato/a a

(provincia ) il in servizio presso questo Istituto Comprensivo in qualità di con contratto a tempo  determinato/ indeterminato, nel plesso

 Secondaria I° grado /  Primaria /  Infanzia “Andrea *Ponti”*

**CHIEDE**

# in applicazione dell’art. 33, c.3 L. 104/92, come modificato dall’art. 21 del D.L. 324/93, convertito con modificazioni in L. 423/93, nonché dall’art. 3 c. 38, della L. 537/93, e dall’art. 20 della L.53/2000,

**di fruire di**

# n. giorni di permesso retribuito per assistere il proprio familiare portatore di handicap grave come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale e comunicato a codesto ufficio, nei seguenti giorni:

dal al

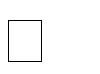
dal al

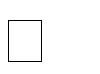
dal al

*dichiara inoltre:*

nel nucleo familiare del portatore di handicap non ci sono altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l’handicappato; pur essendo presenti nel nucleo familiare altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l’handicappato, l’assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità;



 che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare ….).

 di aver preso visione delle informative ai sensi dell’art.13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) consultabili alla voce “Privacy del sito della scuola [www.icmoro.edu.it](http://www.icmoro.edu.it/)

Solbiate Olona, Firma dipendente

 il coordinatore di plesso è al corrente Firma coordinatore

 **SI** AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico Reggente

 **NON** SI AUTORIZZA Prof.ssa Armida Truppi