Al Dirigente Scolastico
dell'IPSAR "Federico II di Svevia"
di Siracusa

OGGETTO: RICHIESTA PER L' A.S. 20____/20____ DI PERMESSO PER ASSISTENZA A SOGGETTO CON DISABILITA' GRAVE (ART. 3 COMMA 3 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, nel limite massimo mensile di 3 giorni complessivi tra i beneficiari,

DICHIARA

che il/la Sig.ra _____in stato di disabilità grave, per il/la quale il sottoscritto ha richiesto di usufruire dei permessi retribuiti, non è ricoverato/a a tempo pieno presso struttura pubblica o privata e che necessita di assistenza a carattere continuativo.

Siracusa, _____ In fede

_____