

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'IC "G.VERGA"
DI PONTINIA (LT)

OGGETTO: RICHIESTA PER L' A.S. 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 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 .

Pontinia,

In fede