

Al Dirigente Scolastico  
IIS "L. Einaudi"  
Via V. Veneto  
89822 Serra San Bruno  
[vvis003008@istruzione.it](mailto:vvis003008@istruzione.it)

**Oggetto: Domanda di permesso retribuito per assistenza familiare portatore di handicap**

\_ l \_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_  
nat\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov . ( \_\_\_ ) in servizio  
presso codesta Istituzione Scolastica , in qualità di \_\_\_\_\_  
con contratto di lavoro a tempo indeterminato / determinato.

**CHIEDE**

In applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992 , n. 104 , come modificato dall'art. 21 del D.L.  
27/8/1993 , n. 324 , convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993, n. 423 , nonché dall'art. 3  
comma 38, della Legge 24/12/1993, n. 537 e dall'art. 20 della legge 8/3/2000 , n. 53, **giorni n.**  
\_\_\_\_\_ di **PERMESSO RETRIBUITO** per assistere il proprio familiare  
\_\_\_\_\_, portatore di  
**handicap grave**, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale , da fruire  
ne \_\_\_ sequent \_\_\_ giorn \_\_\_ :

- dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_
- dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_
- dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\_\_\_\_\_, li, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Visto: Il DSGA

Visto:  
Il Dirigente Scolastico

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(Art.46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)**

Il/La sottoscritto/a.....  
(cognome) (nome)

nato/a a .....(.....) il.....  
(luogo) (prov.)

residente a ..... (.....) in via ..... n. ...  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

domiciliato/a in .....(.....) in via ..... n. ...  
(luogo) (prov.) (indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, in riferimento alla richiesta relativa al giorno/i \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che le giornate fruito nel corso del mese di \_\_\_\_\_/2023, relative al congedo Art. 33 c. 3 L. 104/1992, riformulato con l'Art. 3 c. 3 lettera b), n. 2), del D.Lgs. n. 105/2022, da tutti i familiari aventi diritto non superano i 3 giorni mensili relativamente all'assistito:

\_\_\_\_\_  
(cognome e nome dell'assistito)

Serra San Bruno, il \_\_\_\_\_

Il dichiarante

.....