

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL' I.C. "F. SANTAGATA"
DI GRICIGNANO DI AVERSA (CE)

OGGETTO: RICHIESTA PER L' A.S. 20____/____ DI PERMESSO PER ASSISTENZA A
SOGETTO 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_____.

Gricignano di Aversa, _____

In fede