



Al Responsabile del Servizio

CHIEDE

OPPURE

DICHIARA

- la sussistenza dei requisiti di legge per la concessione del beneficio.

² Tali permessi possono essere fruiti ad ore nel limite di 18 ore mensili

- che il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno presso alcun Istituto Specialistico.
- Di non avere già usufruito nel corso del corrente mese di giorni di permesso retribuito per assistenza familiare disabile in condizioni di gravità.
- Di avere già usufruito nel corso del corrente mese di giorni _____ di permesso retribuito per assistenza familiare disabile in condizioni di gravità.
- Di avere già usufruito nel corso del corrente mese di ore _____ di permesso retribuito per assistenza familiare disabile in condizioni di gravità.

Il/la sottoscritto/a, a conoscenza delle sanzioni penali per false o mendaci dichiarazioni, inoltre si impegna a comunicare entro 30 giorni, l'avvenuto cambiamento delle eventuali situazioni comunicate con la presente richiesta.

Palagiano, data _____

Il/La dipendente

Vista la richiesta,
il Responsabile del Servizio
prende atto

Data

La presente richiesta dovrà essere inviata al Servizio Personale per gli ulteriori adempimenti