

**Oggetto: Comunicazione di fruizione dei benefici previsti dall'art. 33, comma 3
L.104/92, assistenza familiare portatore di handicap**

_ l _ sottoscritt_ _____
nat _ il ___/___/___ a _____ prov . (___)
in servizio presso _____ in qualità di _____

COMUNICA

in applicazione dell'art. 33, c.3 L. 104/92, come modificato dall'art. 21 del D.L. 324/93, convertito con modificazioni in L. 423/93, nonché dall'art. 3 c. 38, della L. 537/93, e dall'art. 20 della L.53/2000, di fruire di giorni n. ___ di **PERMESSO RETRIBUITO** per assistere il proprio familiare _____, portatore di handicap grave, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale e comunicato a codesto ufficio, nei seguenti giorni:

- **dal** ___/___/___ **al** ___/___/___
- **dal** ___/___/___ **al** ___/___/___
- **dal** ___/___/___ **al** ___/___/___

dichiara inoltre:

- nel nucleo familiare del portatore di handicap non ci sono altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l'handicappato
- pur essendo presenti nel nucleo familiare altri soggetti non lavoratori in grado di assistere l'handicappato, l'assistenza non può essere prestata da questi perché si trovano in una situazione di oggettiva impossibilità
- che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti (ricovero a tempo pieno del portatore di handicap presso istituto specializzato, trasferimento delle agevolazioni ad altro familiare)

_____, li _____

Firma