Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Statale
"Benedetto Croce" _ Pula

Oggetto: <u>COMUNICAZIONE INTERRUZIONE</u> benefici del <u>CONGEDO RETRIBUITO CON INDENNITA' PER GRAVI E DOCUMENTATI MOTIVI DI FAMIGLIA PER ASSISTENZA FAMILIARI CON HANDICAP GRAVE</u> (CONIUGE - FIGLI MINORENNI e MAGGIORENNI – CONVIVENTI, PARENTI e AFFINI FINO AL TERZO GRADO).

(ai sensi dell'art. 42, comma 5, del D. Lgs. 26 marzo 2001, n. 151 e s. m. i.)

__l__ sottoscritt__ _____
(Cognome) (Nome)

nat__ a _____ (Prov. _____) il _____/_____/_____

residente in _____ (Prov. _____) C.A.P. _____

via / piazza _____ n°_____

domiciliato in _____ (Prov. _____) C.A.P. _____

via / piazza _____ n°_____

telefono _____ cellulare _____

e-mail _____ C.F. _____

□ **<u>DOCENTE</u>:** INFANZIA:□ AAAA □ADAA; PRIMARIA: □EEEE □ADEE;
SECONDARIA: □_____(A001, A049, etc) □ ADSS;

□ **ATA:** □ DSGA □ ASSISTENTE AMMINISTRATIVO □ COLLABORATORE SCOLASTICO

a Tempo: □ Indeterminato □ Determinato ; □ PART-TIME: □ ORIZZONTALE □ VERTICALE

con la presente

COMUNICA

il **venir meno**, a far data dal _____, dei requisiti per usufruire **del <u>congedo retribuito con indennita' per gravi e documentati motivi di famiglia per assistenza familiari con handicap grave</u>** per il seguente motivo:

- □ ricovero a tempo pieno dell'assistito Sig. _____
  presso la Struttura Sanitaria_____;
- □ decesso dell'assistito Sig. _____;
- □ variazione del soggettobeneficiario: Sig. _____;
  (**Assistito)**
- □ altro motivo: _____ _____.

Lì_____, ____/____/_____

_____
(firma del dichiarante)

Si allega:

1. Fotocopia del documento d'identità;
2. Altro: _____;
   _____.