

**DICHIARAZIONE DI NON RICOVERO A TEMPO PIENO**

**RICHIESTA DI PERMESSO PER ASSISTENZA FAMILIARE CON DISABILITÀ GRAVE –  
ART.33 L.104/1992**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a prov. ( ) il \_\_\_\_\_

consapevole che la fruizione del diritto può essere riconosciuta, per l'assistenza alla stessa persona disabile in situazione di gravità, ad un solo lavoratore dipendente,

**DICHIARA**

che il familiare 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 sottoscritto/a.

Data

IN FEDE