



(allegato D)  
accompagnatore diversamente abile

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ICS "Filippino Lippi"**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

- C.T.I. (ruolo)       C.T.D. (supplenza annuale 30/06- 31/08)       C.T.D. (supplenza breve)

**DICHIARA**

- che l'altro congiunto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

non è lavoratore dipendente;

è lavoratore dipendente presso: \_\_\_\_\_

e, che nel mese di \_\_\_\_\_ non ha usufruito di alcun giorno di permesso per la l.104

**oppure**

che, nello stesso mese ha usufruito dei seguenti giorni \_\_\_\_\_ di permesso per la l.104

Il sottoscritto/a è consapevole che per lo stesso giorno non si può fruire del permesso per entrambi i congiunti, e che l'assistito non è ricoverato a tempo pieno in strutture specializzate.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_