

I.C. VALLE del MONTONE
Data d'arrivo _____
Prot. N. _____ Sez _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
VALLE DEL MONTONE

Oggetto: Domanda di permesso retribuito per assistenza familiare portatore di handicap

_____ l _____ sottoscritt _____
nat_ il ____/____/____ a _____ prov . (____) in servizio
presso codesta Istituzione Scolastica , in qualità di _____
con contratto di lavoro a tempo indeterminato / determinato.

CHIEDE

In applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992 , n. 104 , come modificato dall'art. 21 del D.L. 27/8/1993 , n. 324 , convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993, n. 423 , nonché dall'art. 3 comma 38, della Legge 24/12/1993, n. 537 e dall'art. 20 della legge 8/3/2000 , n. 53,
giorni n. _____ di PERMESSO RETRIBUITO per assistere il proprio familiare
_____, portatore di handicap grave, come
da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale,
da fruire nel/i seguente/i giorno/i :

- dal ____/____/____ al ____/____/____
- dal ____/____/____ al ____/____/____
- dal ____/____/____ al ____/____/____

Dichiara altresì che la persona con handicap per la quale richiede il permesso, **non è ricoverata a tempo pieno** (per le intere ventiquattro ore) presso istituti specializzati.

Data, _____

Firma

VISTO: si autorizza

Il Dirigente Scolastico Reggente
dott.ssa Susi Olivetti