

OGGETTO: RICHIESTA 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 c. 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 ne__ seguent__ giorn__:

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

_____, ____/____/____

Firma

(Riservato agli Uffici di segreteria)

Prot. n. ____/____ del ____/____/____

VISTA l'istanza dell'interessato/a

☐ **SI PRENDE ATTO**

☐ **SI CONCEDE**

☐ **NON SI CONCEDE**

Il Dirigente Scolastico
Prof. Massimiliano Angelo Campisi