

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Oggetto:** PERMESSO RETRIBUITO PER ASSISTENZA FAMILIARE PORTATORE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA'.

....I... sottoscritt.. \_\_\_\_\_ nat.. a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, in servizio presso codesta Istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con Contratto di lavoro a tempo  
indeterminato/determinato (a)

### CHIEDE

In applicazione dell'art. 33 della legge 5.2.1992, n. 104, come modificato dall'art. 2, comma 3/ter del D.L. 27/8/1993, n. 324, convertito con modificazioni in legge 27.10.1993, n. 423 e dall'art. 20 della legge 8.3.2000, n. 53, giorni \_\_\_\_\_ di permesso retribuito (b) **per assistere il proprio familiare \_\_\_\_\_ portatore di handicap grave**, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale da fruire ne... sequent... giorni .....

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, giorni \_\_\_\_\_;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, giorni \_\_\_\_\_;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, giorni \_\_\_\_\_;

...I... sottoscritt... fa presente che eventuali comunicazioni potranno essere effettuate al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

....., li .....

.....

(firma)

(a) Depennare la voce che non interessa

(b) Massimo 3 giorni anche non consecutivi.