

ASSISTENZA FAMILIARE PORTATORE DI HANDICAP

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

 l' sottoscritt _____ nat _____ il _____

A _____ in servizio presso codesta istituzione scolastica in

Qualità di _____ con contratto 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 08/03/2000, n. 53,

n. giorni _____ 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 _____:

1. dal _____ al _____ gg. _____

2. dal _____ al _____ gg. _____

3. dal _____ al _____ gg. _____

 l' sottoscritt _____ fa presente che eventuali comunicazioni potranno essere effettuate al

seguinte indirizzo: _____

telefono _____;

Sant'Antioco, _____

(firma)