

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dell'Istituto Comprensivo Statale
"SAN GIOVANNI 1"
ROCCARAINOLA E TUFINO

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
ne ____ sequent ____ giorn ____ :

➤ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Roccarainola, ____ / ____ / ____

Firma
