

Al Dirigente Scolastico
I. C. "Deledda -S. G. Bosco"
Ginosa (TA)

OGGETTO: PERMEARETRIBUITO FAMILIARE PORTATORE DI HANDICP IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ

__i__ sottoscritt__ _____

Nat__ a _____ (____) il ___ / ___ / _____

In servizio presso codesta Istituzione scolastica in qualità di _____

Con contratto di lavoro a tempo _____

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 per assistere il proprio familiare _____
Portatore di handicap grave, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo, da fruire ne__
seguent__ giorn__

dal ___/___/____ al ___/___/____ giorni ____

dal ___/___/____ al ___/___/____ giorni ____

dal ___/___/____ al ___/___/____ giorni ____

__I__ sottoscritt__ _____ dichiara che il familiare/affine che necessita di assistenza, con handicap in situazione di gravità, non è ricoverato a tempo pieno.

__I__ sottoscritt__ fa presente che eventuali comunicazioni potranno essere effettuate al seguente indirizzo _____

Telefono _____

Ginosa, ___ / ___ / _____

Firma
