Al Dirigente Scolastico
Istituto Statale Comprensivo
Acqualagna

OGGETTO: Domanda di permesso retribuito per assistenza al 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. 27/08/1993, 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,_____

_____ come da documentazione acquisita al
(indicare nome del familiare)
proprio fascicolo personale, da fruire ne____ seguent____ giorn___:

dal ____/____/_____ al ____/____/_____

dal ____/____/_____ al ____/____/_____

dal ____/____/_____ al ____/____/_____

__l__ sottoscritt__ consapevole delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

che i__ giorn__ di cui sopra, è/sono richiesti per_____

_____

_____

Acqualagna , _____

Firma

_____