

**Domanda di permesso retribuito per
assistenza familiare portatore di handicap**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'IC 2° MONTE SAN GIOV. C.

_ 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
nei ____ seguent ____ giorn ____ :

➤ **dal** ____/ ____/ _____ **al** ____/ ____/ _____

DATA _____

Firma
