

Mod 1d

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

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** presso il plesso _____

CHIEDE

In applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1995, 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

COGNOME _____ *E* _____ *NOME* _____

handicap grave, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale, da fruire
ne _____ seguent _____ giorn _____:

dal ___/___/___ al ___/___/___

dal ___/___/___ al ___/___/___

dal ___/___/___ al ___/___/___

_____, li, _____

Firma
