

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"VIA STOCCOLMA"
CAGLIARI**

OGGETTO: RICHIESTA DI PERMESSO RETRIBUITO LEGGE 104/92 - PORTATORE DI HANDICAP E ASSISTENZA FAMILIARE PORTATORE DI HANDICAP GRAVE.

_ l _ sottoscritt_ _____ nat_ il
____/____/____ a _____ prov . (____) in servizio
presso codesta Istituzione Scolastica, nel plesso di _____ in qualità di:

DOCENTE DI: scuola dell'infanzia scuola primaria scuola secondaria di 1^ grado

PERSONALE ATA : Coll. scol Ass.te amm.vo

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 LEGGE 104/92**, da fruire ne__ seguent ____ giorn ____ :

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

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

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

per n° ____ ore.

_ l _ sottoscritt_ dichiara inoltre che il proprio orario di servizio per il/i giorno/i è il seguente:

Dichiara altresì di aver già usufruito, nel mese in corso, di n° ore/giorni _____ di permesso

CAGLIARI, _____

FIRMA

VISTO:

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO
PROF.SSA MARIA MARCELLA VACCA**