

PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO / DETERMINATO

**MODELLO DI DOMANDA PER PERMESSO RETRIBUITO ASSISTENZA
FAMILIARE PORTATORE DI HANDICAP**

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Ten. G. Giuffrida"

__ l __ sottoscritt _____ nat __ il _____
a _____ in servizio presso questa 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. 20 della Legge
08/03/2000, n.53, DL 112/08, Legge183/10 e dall'art.6 Decreto legislativo n. 119/11, n° giorni
_____ di PERMESSO RETRIBUITO per assistere il proprio
familiare _____ portatore di handicap grave, come da
documentazione acquisita al proprio fascicolo personale, da fruire ne__
seguent_ giorn_:

1. dal _____ al _____ gg.
2. dal _____ al _____ gg.
3. dal _____ al _____ gg.

__ l __ sottoscritt__ fa presente che eventuali comunicazioni potranno essere effettuate al seguente
indirizzo _____
tel. _____

Data.....

FIRMA.....