**Al Dirigente scolastico**

**Del 1° IC Monte San Giovanni Campano**

**Via Pozzo San Paolo snc**

**Monte San Giovanni Campano (FR)**

e-mail: fric83300c@istruzione.it

**Oggetto: Domanda di permesso retribuito per assistenza familiare portatore di handicap.**

 **PIANO MENSILE – Mese di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a.s. \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ .**

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

in servizio presso Codesto Istituto Comprensivo in qualità di Docente/ATA con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato;

in applicazione dell’art. 33 della L. 5/2/1992, n. 104, come modificato dall’art. 21 del D.L. 27/8/1993, n. 324, convertito con modificazioni in L. 27/10/1993, n. 423, nonché dall’art. 3, comma 38, della L. 24/12/1993, n. 537 e dall’art. 20 della L. 8/3/2000, n. 53;

**CHIEDE**

giorni n. **\_\_\_\_\_** di **PERMESSO RETRIBUITO**

**□ portatore di handicap in situazione di gravità**

**□ per assistere il proprio familiare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , portatore di handicap grave,**

come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale, da fruire nei seguenti giorni:

* dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/ \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt\_ si riserva di comunicare tempestivamente all’Ufficio amministrativo eventuali cambiamenti dei giorni richiesti, in base alle esigenze del proprio familiare assistito.

Distinti saluti.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 Prof.ssa Fabiana Celentano

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LA DSGA

Avv. Silvia Reale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_