

DIREZIONE DIDATTICA STATALE



Via Minniti, 2
70022 ALTAMURA
☎ 080.3147369
📠 080.3101251





www.roncallialtamura.edu.it
e-mail: baee046007@istruzione.it
pec : baee046007@pec.istruzione.it
C.F. 82014380727
C.M. BAEE046007

3° CIRCOLO "RONCALLI"

Prot. n. _____
Data _____

Al Dirigente Scolastico
3° Circolo "Roncalli"
SEDE

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 **Ins. Scuola Primaria / Scuola Infanzia**
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 ne _____ seguent ___ giorn _____ :

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

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

➤ **Dichiara che il proprio coniuge ha fruito dei seguenti giorni:**

➤ **Non ha fruito di giorni**

_____ li, _____

Firma
