

Istituto Comprensivo "Scopelliti-Green"
Rosarno

Prot. _____ del ____/____/____

Cat. _____ Fasc. _____

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
"Scopelliti Green"
89025 Rosarno (RC)

Oggetto: Programmazione mensile permessi L. 104/92 per assistenza familiare portatore di handicap.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ prov. (____) in servizio presso codesta Istituzione

Scolastica, in qualità di _____ con contratto di lavoro a **Tempo**

_____ 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 L. 104/92 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 _____

Rosarno, li _____

Firma
