|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca***ISTITUTO COMPRENSIVO n. 2 “ALBINO BERNARDINI”** |  |
| Via Sarcidano loc. “Sa Sedda” - **SINISCOLA (NU) -** tel. 0784/877813 - fax 0784/874040***nuic87900t@istruzione.it***- ***nuic87900t@pec.istruzione.it***- sito web[:**www.icsiniscola2.gov.it**](http://www.icsiniscola2.gov.it/) |

***RICHIESTA PERMESSO PER ASSISTENZA***

***AI PORTATORI DI HANDICAP***

 *(art. 33 legge n.104/92)*

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo n. 2 “Albino Bernardini”

Siniscola

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

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. 537 e dall’art. 20 della L. 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** \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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