AL DIRIGENTE SCOLASTICO

_____

_____

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. 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** ____/____/____

_____ li, _____ Firma

_____