

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Del Liceo Scientifico Statale "P. Metastasio"

Scalea (CS)

Oggetto: Domanda di permesso retribuito 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 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 ___sequent ___ giorn___ :

- Dal ___/___/___ al ___/___/___
- Dal ___/___/___ al ___/___/___
- Dal ___/___/___ al ___/___/___

Scalea , _____

Firma _____

NB: La suddetta richiesta deve pervenire entro e non oltre il giorno 5 del mese di riferimento.

Per i giorni a ridosso delle festività (pre - post festivi) si chiede di far pervenire un certificato rilasciato dal medico curante sulle condizioni dell'assistito a supporto della domanda presentata all'Istituto.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

PROF.SSA TANCREDI LAURA