

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL' IST. TECNICO STATALE
" ARCHIMEDE " DI MODICA**

Oggetto: Piano mensile dei permessi retribuiti per assistenza familiare portatore di handicap.

Il/L_ sottoscritt_ _____

nat_ a _____ prov.(____) il ____/____/____

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, e successive modifiche ed integrazioni

n. TRE giorni di **PERMESSO RETRIBUITO** 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 ____/____/____

Modica,

Firma del richiedente
