



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - Via Locatelli, 3  
24060 San Paolo d'Argon BG

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo di  
**San Paolo d'Argon**

Oggetto:domanda permesso retribuito per assistenza familiare portatore di handicap.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
in servizio presso questa Istituzione Scolastica in qualità di \_\_\_\_\_  
con contratto di lavoro a \_\_\_\_\_,

CHIEDE

in applicazione dell'art.33 della Legge N.104/05.02.1992, così come modificato dall'art.21 del D.L. N.324/27.08.1993, convertito con modificazioni nella Legge N.423/27.10.1993 nonché dall'art.3, c.38 della Legge N. 537/24.12.1993 e dall'art.20 della Legge N. 53/08.03.2000,

**giorni** \_\_\_\_\_ di permesso retribuito per \_\_\_\_\_, portatore di handicap grave, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale, da fruire nei seguenti giorni:

giorno,mese,anno \_\_\_\_\_

giorno,mese,anno \_\_\_\_\_

giorno,mese,anno \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

VISTO, SI CONCEDE/NON SI CONCEDE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Paola Maria Raimondi

Tel: 035 958054- Fax: 035959618c. f. 95119200160 c.u.u. UFMM4R  
e-mail: - [www.icsanpaolodargonconenatesotto.gov.it](http://www.icsanpaolodargonconenatesotto.gov.it)  
PEC: [bgic870003@pec.istruzione.it](mailto:bgic870003@pec.istruzione.it)

Settembre 2016