



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 dipendente 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 se stesso, 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.icsanpaolodargoncenatesotto.gov.it
PEC: bgic870003@pec.istruzione.it