



Ministero dell'istruzione e del Merito
Istituto Comprensivo Statale San Paolo d'Argon
Via Locatelli, 3 – 24060 San Paolo d'Argon (BG)
Tel. 035/958054 – Fax 035/959618 – C.F. 95119200160
email bgic870003@istruzione.it – email certificata
bgic870003@pec.istruzione.it www.icsanpaolodargon.edu.it



Al Dirigente Scolastico
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 tempo determinato indeterminato,

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 _____

a tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità, dichiara:

- di non essere, all'atto della domanda, ricoverato/a a tempo pieno in strutture pubbliche o private

Data _____

Firma _____

Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art.3, comma 2, del D.Lgs.39/93

VISTO SI AUTORIZZA



LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Dott.ssa Paola Maria Raimondi
documento firmato digitalmente ai sensi del Codice
dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa