



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



AI 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 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 assistenza al familiare _____
 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 propria personale responsabilità dichiara:

che il familiare disabile non è, 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

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Paola Maria Raimondi

documento firmato digitalmente ai sensi del Codice
 dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa

