

Alla cortese attenzione
DIRIGENTE SCOLASTICO ISTITUTO COMPRENSIVO NOVENTA VIC.NA

OGGETTO: Richiesta **PERMESSO MENSILE** per ASSISTENZA A PARENTE/AFFINI ENTRO IL TERZO GRADO PORTATORI DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA' (Art.33, 3° comma, **Legge 104/92**; art.20 Legge 53/2000 – Circolare INPDAP N.34 DEL 10.7.00).

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
_____, residente in via _____ n.
_____ Città _____ (CAP. _____), in servizio presso
questo Istituto Comprensivo di Noventa Vic. in qualità di _____
_____ con contratto a Tempo (deter./ indeter.) _____

CHIEDE,

al fine di assistere il familiare _____ - _____
(rapporto di parentela) (Cognome e Nome del Parente)

di poter beneficiare dei seguenti **GIORNI LAVORATIVI**:

DATA	NUMERO ORE

di poter beneficiare del seguente **ORARIO LAVORATIVO**:

in data _____ dalle ore _____ alle ore _____ Tot.ore _____
in data _____ dalle ore _____ alle ore _____ Tot.ore _____
in data _____ dalle ore _____ alle ore _____ Tot.ore _____
in data _____ dalle ore _____ alle ore _____ Tot.ore _____
in data _____ dalle ore _____ alle ore _____ Tot.ore _____
in data _____ dalle ore _____ alle ore _____ Tot.ore _____

Sia per quanto riguarda la documentazione medica, sia per quanto riguarda le autocertificazioni/dichiarazioni necessarie alla concessione del permesso di cui sopra, il sottoscritto – sotto la propria personale responsabilità -conferma quanto dichiarato ed allegato alla prima richiesta di assenza presentata.

Data , _____

(Firma)

Visto:

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Renata De Grandi