

ISTITUTO COMPRENSIVO DI BEREGUARDO	Comunicazioni Assenze Permesso Orario Retribuito per assistenza familiare portatore di handicap	

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di Bereguardo

Il/La sottoscritto/a
in servizio presso codesto Istituto in qualità di
con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato

COMUNICA

in applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992, n. 104, come modificato dall'art. 21 del D.L. 27/8/1993, n. 324, convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993, n. 423, nonché dall'art. 3 comma 38, della Legge 24/12/1993, n. 53 e dall'art. 20 della Legge 8/3/2000, n. 53, la propria assenza per n. ore di PERMESSO RETRIBUITO per assistere il proprio familiare _____ portatore di handicap grave, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale:

- il dalle ore alle ore
- tot. ore(fruite al mese)

Bereguardo,

Firma

Visto: si concede non si concede

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Maria Grazia MERLINA