Al Dirigente Scolastico

Istituto Omnicomprensivo di Scuola

dell’Infanzia, Primaria, Sec. di I grado e Liceo Scientifico

SANTA CROCE DI MAGLIANO (CB)

Oggetto: **Permessi mensili per assistenza a familiare portatore di handicap.**

…… sottoscritt… ……………………………………….……………………….…..., nat… a ……………………………………………………….. il ………………………..….… e residente a …………………………………………. in Via …………………………………..…. n……, in servizio presso codesto Istituto in qualità di ………………………………………………………..

c h i e d e

ai sensi dell’art.33, comma 3, della legge 5.2.1992 n.104, come modificato dall’art.2, comma 3/ter del decreto legge 27.8.1993 n.324 convertito con modificazioni in legge 27.10.1993 n.423, nonché dell’art.3, comma 38, della legge 24.12.1993 n.537 e dell’art.15 del CCNL del 24.7.2003, di poter usufruire dei sottoindicati giorni di permesso ai fini dell’assistenza al (\*) ......................................... (\*) (indicare il rapporto di parentela con il richiedente)

(\*\*) ……..……………………………………………………………………………….

(\*\*) (indicare nome e cognome della persona assistita, portatore di handicap in situazione di gravità, non ricoverata a tempo pieno)

1) …………………………….. 2) …………………………….. 3) ……………………………….

Allega copia del verbale, di cui all’art.4 della legge 104/’92, redatto dalla Commissione Medica di Verifica di Campobasso.

Data …..………………………… Firma

............................................................