

**DOMANDA PER PERMESSO RETRIBUITO  
ASSISTENZA FAMILIARE PORTATORI DI HANDICAP**

Al Dirigente Scolastico  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ in servizio presso codesta istituzione scolastica in

qualità di \_\_\_\_\_ con contratto di lavoro a

tempo indeterminato/determinato,

CHIEDE

in applicazione dell'art. 33 della legge 5/2/1992, n. 104, nonché dall'art. 20 della Legge 08/03/2000, n. 53, giorn\_ n. \_\_\_\_ di **PERMESSO RETRIBUITO** (a) per assistere il proprio familiare \_\_\_\_\_ portatore di handicap grave, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale, da fruire ne\_ seguent\_ giorn\_:

1. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

2. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

Il sottoscritt\_ fa presente che eventuali comunicazioni potranno essere effettuate

al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

Il sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)