

**DOMANDA PER PERMESSO RETRIBUITO
PORTATORE DI HANDICAP**

Al Dirigente Scolastico

__l_ 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), come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale, da fruire ne_ seguent_ giorn_:

1. dal _____ al _____ gg. _____

2. dal _____ al _____ gg. _____

__l_ sottoscritt_ fa presente che eventuali comunicazioni potranno essere effettuate

al seguente indirizzo: _____

tel. _____

lì, _____

(firma)