

**Modello 12**

**Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo di  
Castel San Giovanni**

**OGGETTO: domanda di permesso retribuito per assistenza familiare portatore di handicap ( figlio).**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Domiciliato/a in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_, in servizio presso l'Istituto Comprensivo di Castel San Giovanni, Scuola \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

con contratto di lavoro **a tempo:**  **indeterminato**  **determinato**

**CHIEDE**

in applicazione dell'art. 33, della Legge 05/02/1992, n° 104, come modificato dall'art. 21 del D.L. 27/08/1993, n° 324, convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993, n° 423, nonché dall'art.3, comma 38, della legge 24/12/1993, n°537 e dell'art.20 della Legge 08/03/2000, n°53, gg:\_\_\_\_\_(\*)

di **PERMESSO RETRIBUITO** per assistere il proprio familiare \_\_\_\_\_,

(rapporto di parentela: \_\_\_\_\_) portatore di handicap grave, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale, da fruire ne\_ seguent\_ giorni:

- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ =gg.\_\_\_\_\_
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ =gg.\_\_\_\_\_
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ =gg.\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt\_ dichiara che il proprio coniuge, nel corrente mese, ha già fruito di n° \_\_\_\_\_ giorni dello stesso tipo di congedo.

Il/la sottoscritto/a chiede che eventuali comunicazioni vengano effettuate al seguente indirizzo:  
\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma

(\*) N.B.. Si possono fruire massimo 3 giorni al mese anche se consecutivi