

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_ giorn_:

- 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