

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Istituto Omnicomprensivo

STIGLIANO

**OGGETTO**: Richiesta permessi 104/92

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_

Docente con contratto individuale di lavoro □ a T.I. □ a T.D. di:

□ Scuola Infanzia □ Primaria □ Secondaria di I Grado □ Secondaria di II Grado □ Religione Cattolica con contratto individuale di lavoro □ a tempo indeterminato □ a tempo determinato,

ATA con contratto individuale di lavoro □ a T.I. □ a T.D. di:

□ D.S.G.A. □Assistente amministrativo □ Assistente Tecnico □ Collaboratore Scolastico

in servizio nel plesso di □ Stigliano □ Accettura □ Aliano □ Gorgoglione

DICHIARA

che il/la\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_) è:

* Persona portatrice di handicap, a cui presta assistenza in via continuativa ed esclusiva;
* Ha con il dichiarante il seguente grado di parentela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Non è ricoverato in istituto

COMUNICA

ai sensi dell’art. 21,C.6, ccnl Scuola 1994/97 e dell’art. c.33 legge n° 104 del 05/12/92 che intende assentarsi per \_\_\_\_ giorn0/i dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_