

DOMANDA PER PERMESSO RETRIBUITO ASSISTENZA FAMILIARE PORTATORI DI HANDICAP

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C. "L. SPALLANZANI"
Di SCANDIANO

__l__ sottoscritt__ _____
nat__ a _____ il _____
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, n. ____ giorni / n. ore ____ di **PERMESSO RETRIBUITO** per assistere il proprio familiare _____ portatore di handicap, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale, da fruire ne__ seguent__ giorn__:

1. dal _____ al _____ gg. /hh. _____
2. dal _____ al _____ gg. /hh. _____
3. dal _____ al _____ gg. /hh. _____

__l__ sottoscritt__ fa presente che eventuali comunicazioni potranno essere effettuate al seguente indirizzo: _____
_____ tel. _____

__l__ sottoscritt__ autorizza l'Amministrazione scolastica, con riferimento al "Codice in materia di protezione dei dati personali", di cui al Decreto legislativo 30/06/2003 n. 196, ad utilizzare i dati personali forniti dal richiedente solo ai fini istituzionali e per l'espletamento delle procedure previste dal presente decreto.

Scandiano, _____

(firma)