

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'I.C.S. "CARDUCCI"
SAN VITTORE OLONA

Oggetto: **PERMESSO RETRIBUITO**
Legge n.° 104/92 art.33 comma 3

Il/La sottoscritto/a _____

DOCENTE di _____ nelle classi/sez. _____

A.T.A. (qualifica) _____

in servizio presso:

S.I.S. "RODARI" S.V.O.

S.E.S. "RODARI" S.G.L.

S.E.S. "CARDUCCI" S.V.O.

S.M.S. "UNGARETTI" S.G.L.

S.M.S. "LEOPARDI" S.V.O.

con contratto a TEMPO INDETERMINATO TEMPO DETERMINATO

CHIEDE

n° _____ giorni

n° _____ ore (solo in casi di disabilità personale)

di PERMESSO RETRIBUITO **LEGGE 104/92 art.33 comma 3**

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

E DICHIARA

che il soggetto, in situazione di disabilità grave a favore del quale si presta assistenza, non è ricoverato a tempo pieno presso una struttura ospedaliera o similare, pubblica o privata, che assicura assistenza sanitaria continuativa (vedi circ. INPS n.° 45 del 01.03.2011).

Si veda documentazione già allegata al fascicolo personale.

San Vittore Olona, _____
data

firma

VISTO

Il Dirigente Scolastico