

OGGETTO: Richiesta benefici Legge 104/1992 art. 33 comma 3.

Il/La sottoscritta/o _____
(Cognome e Nome) _____ (qualifica)
in servizio presso codesta Istituzione Scolastica nell'a.s. _____ con contratto a tempo _____
(indeterminato/determinato)

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

dal _____ al _____ di complessivi n. ____ giorni di _____
dal _____ al _____ di complessivi n. ____ giorni di _____
dal _____ al _____ di complessivi n. ____ giorni di _____
dal _____ al _____ di complessivi n. ____ giorni di _____

❖ **La/Il sottoscritta/o dichiara di essere l'unico ad usufruire del permesso per Assistenza a portatori di handicap: 3 gg. mensili (L.104/92) nel periodo richiesto .**

Manfredonia, _____
(data)

(firma del dipendente)

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

IL D.S.G.A.
Dott. Luca Galli

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Elisa Catta