

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO "N. STRAMPELLI"
CASTELRAIMONDO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ in servizio _____ in qualità di _____

essendo stato/a riconosciuto/a persona disabile in situazione di gravità dalla competente autorità sanitaria,

CHIEDE

di poter fruire dei benefici previsti dall'art. 33 Legge 104/92 con le seguenti modalità:

- Tre giorni mensili di permesso retribuito
- N. _____ ore di permesso giornaliero

A tal fine allega il certificato della ASL competente, attestante situazione di disabilità grave accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92.

Si impegna a comunicare eventuali variazioni che potrebbero influire sul godimento del permesso nel corso dell'anno.

Data _____

Firma _____

Letta l'istanza che precede, vista la documentazione allegata

SI AUTORIZZA

Il beneficio richiesto.

Data _____

Il Dirigente scolastico
Dott.ssa Spurio Pierina