

Al Dirigente Scolastico
del Liceo scientifico "A. Volta"
di Foggia

Oggetto: programmazione mensile giornate di permesso retribuito per assistenza familiare
portatore di handicap.

Il/La sottoscritto/a _____, in servizio presso questa Istituzione
Scolastica, in qualità di _____ con contratto di lavoro a tempo

Comunica

in applicazione dell'art.33 della Legge 05/02/1992, n. 104, come modificato dall'art. 21 del D.L.
27/081993, n.324, convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993, n.423, nonché dall'art. 3
comma 38, della Legge 24/12/1993, n.537 e dall'art. 20 della Legge 08/03/2000, n.53 la
Programmazione dei giorni relativi al mese di _____
quale PERMESSO RETRIBUITO per assistere il proprio familiare, portatore di handicap grave,
come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale:

1. dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___
2. dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___
3. dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___

Tanto salvo casi eccezionali non prevedibili.

Foggia, _____
