

**I.C. FOLLINA E TARZO**  
**spazio riserv. Segreteria:**  
Data \_\_\_\_\_  
Prot. n. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**dell'ISTITUTO COMPRENSIVO**  
**di FOLLINA E TARZO**

Oggetto: **DOMANDA DI PERMESSO RETRIBUITO PER ASSISTENZA FAMILIARE PORTATORE DI HANDICAP**  
**(max 3 gg. /mese)**

\_ l \_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov . ( \_\_\_ ) 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, come modificato dall'art.21 del D.L. 27/08/1993, n.324, convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993, n.423, nonché dall'art.3 comma 38, dalla Legge 24/12/1993, n.537 e dall'art.20 della legge 8/3/2000, n.53, **giorni n. \_\_\_\_\_ di PERMESSO RETRIBUITO per assistere il proprio familiare \_\_\_\_\_, portatore di handicap grave**, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale, da fruire ne \_\_\_ seguent \_\_\_ giorn \_\_\_:

- dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Dichiara che il familiare indicato non si trova attualmente ricoverato a tempo pieno in alcuna struttura medico – ospedaliera / casa di cura o riposo.**

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_



ISTITUTO STATALE COMPRENSIVO  
di Scuola Primaria - Secondaria di 1° grado  
di FOLLINA E TARZO (TV)

Vista la domanda e relativi allegati, ai sensi del C.C.N.L. vigente..... si concede

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**