

	<p align="center">SCUOLA SECONDARIA STATALE DI 1° GRADO AD INDIRIZZO MUSICALE "GAETANO CAPORALE" Piazza Falcone e Borsellino n.8 – 80011 ACERRA (NAPOLI) Tel./Fax 081/8857104 e-mail: namm15100q@istruzione.it ; namm15100q@pec.istruzione.it sito web: www.scuolacaporaleacerra.gov.it C.F. 80103920635</p>	
--	---	--

Prot. n° _____

Acerra, _____

Oggetto: **Domanda di permesso retribuito per assistenza al familiare portatore di handicap**

I sottoscritt _____ nat ___ il
_____ a _____ 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. 27/8/1993 , 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 8/3/2000 , n. 53, giorni n° _____ di **PERMESSO RETRIBUITO per assistere** _____, portatore di **handicap grave**, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale, da fruire ne ___ seguent _____ giorn _____ :

dal _____ al _____

Acerra, _____

Firma

P.P.V. IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dr.ssa Rosa ESCA