ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE QUILIANO
Via Valleggia Superiore 17047 QUILIANO
Tel. 019/880169 Fax 019/2165283 svic809005@istruzione.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI QUILIANO

OGGETTO: RICHIESTA PERMESSO PORTATORE HANDICAP O PER ASSISTENZA A FAMILIARE PORTATORE HANDICAP.

Il/La Sottoscritto/a_____nato/a_____il_____

prov.____ residente in via_____comune di_____cap_____

in servizio presso questo Istituto Comprensivo nel plesso di _____ in qualità

di _____ con incarico a tempo indeterminato/determinatato

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire per il periodo dal_____al_____di giorni/ore_____

ai sensi dell'art. 33 commi 2, 3, 4 della legge 104/92 e dell'art. 42 commi 3 e 5 T.U. n. 151/01, per:

☐ **SE STESSO**

☐ **ASSISTENZA FAMILIARE_____ PORTATORE DI HANDICAP GRAVE**

come da documentazione acquisita agli atti di codesto ufficio.

A TAL FINE DICHIARA:
- l'assistito è (grado di parentela)_____;
- l'assistito non è ricoverato a tempo pieno;
- che non ci sono altre persone che possono prestare assistenza.

Quiliano_____

Firma_____

Documentazione giustificativa allegata
_____

_____

Il Dirigente Scolastico
(Angela CASCIO)