



# ISTITUTO COMPENSIVO ATRI

Viale Umberto I° n.3 - 64032 Atri (TE)

[www.istitutocomprensivodiatri.it](http://www.istitutocomprensivodiatri.it)

Tel.085-87265 – Fax 085-8780748 - C.F. 90015850671

[teic834002@istruzione.it](mailto:teic834002@istruzione.it) – [teic834002@pec.istruzione.it](mailto:teic834002@pec.istruzione.it)

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

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
**ISTITUTO COMPENSIVO DI ATRI**

OGGETTO: **Domanda di permesso retribuito per assistenza familiare portatore di handicap**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), in qualità di \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_ / plesso 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 n. \_\_\_\_\_ giorni di **PERMESSO RETRIBUITO per assistere il proprio familiare** \_\_\_\_\_, portatore/portatrice **di handicap grave**, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo, da fruire nel/nei seguente/i giorno/i:

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

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

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

Atri, \_\_\_\_\_

IN FEDE

\_\_\_\_\_