

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "Arbe Zara"
Viale Zara, 96
20125-MILANO

Oggetto: Comunicazione di fruizione dei benefici previsti dall'art.33, comma 3 L. 104/92
Assistenza familiare portatore di handicap

Il/la sottoscritto/a _____

nata/o il _____ a _____

in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di _____

a tempo _____ classe _____ orario _____

COMUNICA

In applicazione dell'art.33 , c 3 l. 104/92, come modificato dall'art.21 del D.L.324/93, convertito
con modificazioni in L. 423/93, nonché dall'art.3 c 38 della L.537/93, e dall'art.20 della L.53/2000,

di fruire

di giorni n. _____ di PERMESSO RETRIBUITO LEGGE 104 per assistere il proprio

di ore n. _____ di PERMESSO RETRIBUITO LEGGE 104 per assistere il proprio

familiare _____ parentela _____

portatore di handicap grave, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale e co-
municato a codesto ufficio, nel seguente periodo:

GIORNO INTERO

DATA: dal _____ al _____ orario richiesto _____ tot gg _____

PERMESSO ORARIO

DATA: dal _____ al _____ orario richiesto _____ tot ORE _____

Milano, _____

firma _____

Visto il Dirigente Scolastico
