ISTITUTO COMPRENSIVO "CALCEDONIA- SAN TOMMASO D'AQUINO" di SALERNO

Via Andrea Guglielmini, n.23 - 84134 SALERNO Tel.089- 792310 fax 089-799631 SALERNO – C.F.: 95201640653

C.M.: SAIC8CH00T Distretto 50 e-mail: saic8ch00t@istruzione.it PEC: saic8ch00t@pec.istruzione.it sito web: www.icscuolacalcedoniasalerno.gov.it

Allegato 4

Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo Statale
"Calcedonia – San Tommaso D'Aquino"

Oggetto: Programmazione mensile fruizione permessi Legge 104/92.

Il/la sottoscritt_____nat__ il ____

a_____(prov._____), in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di

- Docente ☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato
- Collaboratore scolastico ☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato

Assistente Amministrativo ☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato

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 nonchè del D.Lgs. 105/ 2022,

DICHIARA

☐ Di essere il referente unico;
☐ Di usufruire del congedo, alternativamente, a___seguent__avente/i diritto

☐ Che l'/gli altro/altri beneficiario/i ha/hanno usufruito per il mese in corso di n. giorni_____, pertanto

☐ Di essere il referente unico;
☐ Di usufruire del congedo, alternativamente, a___seguent__avente/i diritto

☐ Che l'/gli altro/altri beneficiario/i ha/hanno usufruito per il mese in corso di n. giorni_____, pertanto

CHIEDE

di usufruire di giorni n._____di PERMESSO RETRIBUITO per assistere il soggetto in situazione di handicap grave_____, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale:

1) il_____/_____/ _____
2) il_____/_____/ _____
3) il_____/_____/ _____

SOLO Personale ATA

Giorno	N. ore	Da …….. a…….

Salerno,_____ In Fede