

Oggetto: Programmazione dei permessi retribuiti per assistenza familiare portatore di handicap

l sottoscritt_ _____ nat_ il ___/___/___ a _____ prov . (___) in servizio presso codesta Istituzione Scolastica , in qualità di _____ con contratto di lavoro a tempo indeterminato / determinato.

COMUNICA

che nel mese di _____ fruirà dei seguenti giorni di **PERMESSO RETRIBUITO per assistere il proprio familiare** _____, portatore di **handicap grave**, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale:

- ___/___/___
- ___/___/___
- ___/___/___

l sottoscritt_ _____ si riserva di comunicare eventuali variazioni per sopraggiunte necessità.

l sottoscritt_ _____ si riserva di presentare richiesta nell'eventualità di sopraggiunte motivazioni.

_____ li, _____

Firma
