



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Ufficio VII - Ambito Territoriale Provincia di Frosinone
CENTRO PROVINCIALE ISTRUZIONE ADULTI
8^A C.P.I.A. PROVINCIA FROSINONE

Via Pietro Mascagni, 14 – 03100 Frosinone

Sedi Associate: ANAGNI – CASSINO – PONTECORVO - SORA

Tel.: (Presidenza) 0775/265.6934-6931 – (DSGA) 0775/265.6929 – (Uffici) 0775/265.6828-6930-6933

PEO: frmm466008@istruzione.it - PEC: frmm466008@pec.istruzione.it

Codice Meccanografico: FRMM466008 – C.F.: 92073310606

Sito web: www.centroprovincialeistruzioneadultifrosinone.edu.it/

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

OGGETTO: richiesta permesso retribuito per assistere il proprio familiare in situazione di handicap

__l__ sottoscritt__ _____
nat__ a _____ il _____ in servizio presso questo Istituto
Scolastico in qualità di _____ con contratto a tempo
indeterminato/determinato,

CHIEDE

In applicazione dell'art. 33 della Legge 05/02/(1992 n. 104, come modificato dall'art. 21 del D.L. 27/08/1993 n. 324, convertito con modificazioni il Legge 27/10/1993 n. 423, nonché dell'art. 3 comma 38 della Legge 24/12/1993 n. 537 e dell'art. 20 della Legge 08/03/2000 n. 53, n. ___giorn di permesso retribuito per assistere il proprio familiare _____, portatore di handicap grave, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale, da fruire nei seguenti giorni : dal _____ al _____

Dichiara che nel mese in corso ha già fruito di n. _____ giorni di permesso

Frosinone, _____ Firma _____
