|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SPAZIO RISERVATO ALL’AMMINISTRAZIONE** |  | **AL DIRIGENTE SCOLASTICO**  **DELL’IST. COMPR. “F. VIVONA”**  **C/DA SANTA MARIA s.n.**  **91013 CALATAFIMI SEGESTA** |
| **Istituto Comprensivo “F.sco Vivona”**  **Calatafimi Segesta**  Data\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_  Prot. N**°**\_\_\_\_\_\_\_\_Cl A/01 |

**OGGETTO:** RICHIESTA PERMESSO L. 104/92

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ in servizio per l’ a.s. 201\_\_/201\_\_ presso l’Istituto Comprensivo “ F. Vivona “

Plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C h i e d e**

di usufruire dal \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ giorno\_\_1\_\_\_

di usufruire dal \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ giorno\_\_\_2\_\_\_

di usufruire dal \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ giorno\_\_\_3\_\_\_

□ **PERMESSO RETRIBUITO** art. 15 per:

○ Assistenza a familiari con handicap ( art. 33 L. 05/02/1992 n° 104 )

○ Personale ( art. 21 art. 33 L. 05/02/1992 n° 104 )

**La sottoscritta dichiara che il familiare/affine che necessita di assistenza, con handicap in situazione di gravità, non è ricoverato a tempo pieno"**

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Nulla Osta D.S.G.A. Il Dirigente Scolastico**

**(solo per il personale ata)**

**Dott.ssa Emilia Sparacia**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Si Concede** |
|  |  |
|  | **Non si concede** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_