|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** |

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