|  |  |
| --- | --- |
|  | Al Dirigente Scolasticodell’IISS “Carlo Urbani”Via Legnano, 1763821 Porto Sant’Elpidio (FM) |
| Oggetto: Comunicazione delle assenze mensili per l'assistenza alle persone con disabilità  |
| MESE |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a |  |  |
| nato/a il |       | a |       | Prov.  |       |
| e residente a |       | CAP |       | prov. |       |
| in via/piazza |       | n. |       |  |
| assunto/a a tempo [ ]  Indeterminato [ ]  Determinato in qualità di |  |
| In servizio nella sede di [ ]  Porto Sant’Elpidio [ ]  Sant’Elpidio a Mare [ ]  Montegiorgio |
| già beneficiario dei permessi previsti dall’art. 33 della L. 104/92 |

C H I E D E

di usufruire:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | di giorni(a) |   | di permesso | dal |       | al |       |  |  |
|  |  |  |  | dal |       | al |       |  |  |
| dal |       | al |       |  |  |
| [ ]  | di ore |   | di permesso | dalle |       | alle |       | del |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Annotazioni |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|       | li |       |  |
| *Luogo Data* |  In fede |
|  |  |  |

 (a) Massimo 3 giorni al mese anche consecutivi.

|  |
| --- |
| Il Dirigente Scolastico |
| Prof.ssa Laura D’Ignazi |
|  |