

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO N.1 PERUGIA "F. MORLACCHI"

PERMESSO RETRIBUITO PARENTI AFFINI ENTRO IL TERZO GRADO**CHE ASSISTONO SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP GRAVE****(L. 104/1992 ART.33, D.LGS 151/2001 ARTT.33 E 42, COME MODIFICATI DALLA L.183/2010 DAL D. LGS 119/2011 E D.LGS 105/2022)****PERSONALE DOCENTE E ATA A TEMPO INDETERMINATO E DETERMINATO**

IL/LA SOTTOSCRITT _____

IN SERVIZIO NELL'ANNO SCOLASTICO _____ A TEMPO INDETERMINATO DETERMINATO

PRESSO CODESTO ISTITUTO IN QUALITÀ' DI:

 DOCENTE DIRETT.S.G.A. ASS.TE AMM.VO COLL.SCOL.**CHIEDE**

DI POTER FRUIRE DI GIORNI/ORE: (MAX 3 GIORNI DI PERMESSO MENSILE)

Dal _____ al _____	Dal _____ al _____
Dal _____ al _____	Dal _____ al _____
Dal _____ al _____	Dal _____ al _____
Dal _____ al _____	Dal _____ al _____

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI ESSERE

 L'UNICO BENEFICIARIO A USUFRUIRE DEL PERMESSO SOPRA RICHIESTO. ; **DI NON ESSERE IL REFERENTE UNICO, PERTANTO USUFRUIRÀ DEI PERMESSI PER L'ATTIVITÀ DI ASSISTENZA AL DISABILE, ALTERNATIVAMENTE AL SEGUENTE AVENTE DIRITTO :**

NOME _____ COGNOME _____ DATA _____ LUOGO NASCITA _____

In servizio presso (indicare struttura lavorativa e recapiti)

_____ tel/_____ mail_____

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA CHE LA DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE LA GRAVITÀ DELL'HANDICAP RILASCIATA DALLE COMPETENTI COMMISSIONI MEDICHE DELLA ASL È DEPOSITATA AGLI ATTI DELLA DIREZIONE. .

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LA SCUOLA PUÒ UTILIZZARE I DATI CONTENUTI NELLA PRESENTE RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO E PER I FINI ISTITUZIONALI PROPRI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (D.L.196 DEL 30.6.2003 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI).

PERUGIA, _____

FIRMA