



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
"E. Ruffini - D. Aicardi"
CONVITTO ANNESSO

C.F.: 90051650084 - P.IVA: 00169380086

I.P.S.S.A.R. - Via Lungomare 141 - 18018 TAGGIA (IM)

☎ 0184/461082 - ☎ 0184/461083 - ✉ IMIS00400L@istruzione.it - pec: IMIS00400L@pec.istruzione.it

I.P.S.A.A. "D.AICARDI" - Strada Maccagnan, 37 - 18038 SANREMO - ☎ 0184/502326 ☎ 0184/507285

✉ istaicardi@tin.it - 🌐 www.ist-aicardi.it

I.P.S.C. - I.T.T. - Corso Cavallotti, 92 - 18038 SANREMO - ☎ 0184/541148

✉ ipssectaicardi@tiscali.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.I.S. Ruffini - Aicardi
Arma di Taggia

Oggetto: Domanda di permesso retribuito per assistenza familiare portatore di handicap

__ I __ sottoscritt__ _____
nat_ il ___/___/___ a _____ prov . (___) in servizio
presso codesta Istituzione Scolastica , in qualità di _____
con contratto di lavoro a tempo indeterminato / determinato

CHIEDE

In applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992 , n. 104 , come modificato dall'art. 21 del D.L.
27/8/1993 , n. 324 , convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993, n. 423 , nonché dall'art. 3
comma 38, della Legge 24/12/1993, n. 537 e dall'art. 20 della legge 8/3/2000 , n. 53, giorni n.
_____ di **PERMESSO RETRIBUITO per assistere il proprio familiare**
_____, portatore
di **handicap grave**, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale , da fruire
ne ___ sequent ___ giorn ___ :

➤ dal ___/___/___ al ___/___/___

_____, _____

Firma

Visto
Il Docente Responsabile
