

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

il/la sottoscritto/a _____ 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, di usufruire di giorni di **PERMESSO
RETRIBUITO per assistere il proprio familiare, portatore di handicap grave**, come da documentazione
acquisita al proprio fascicolo personale , da fruire nei seguenti giorni:

- dal ___/___/___ al ___/___/___ giorno della settimana _____
 - dal ___/___/___ al ___/___/___ giorno della settimana _____
 - dal ___/___/___ al ___/___/___ giorno della settimana _____
- per un totale di n. gg _____ ()

Giorni Spettanti	Giorni già fruiti nel mese	Giorni richiesti con la presente	Giorni residui da usufruire
3			

Teramo, li, _____

Firma _____

INFORMATIVA e AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, il/la Sottoscritto/a prende atto che il Liceo Scientifico "A.Einstein" provvederà al trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del citato D.Lgs.30 giugno 2003 n. 196, mediante l'ausilio di strumenti elettronici e cartacei, comunque protetti e non accessibili al pubblico.

Il/la Sottoscritto/a AUTORIZZA a:

1. Trattare i propri dati a fini amministrativi Data..... Firma.....

SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

VISTO:

- SI CONCEDE
- NON SI CONCEDE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Clara MOSCHELLA
