

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO PERUGIA 1

**PERMESSO RETRIBUITO AI SENSI DELL' ART. 33, COMMA 6, L. 104/92 E
SUCCESSIVE MODIFICAZIONI PER SOGGETTI PORTATORI
DI HANDICAP IN STATO DI GRAVITÀ**PERSONALE DOCENTE E ATA A TEMPO INDETERMINATO E DETERMINATO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

IN SERVIZIO NELL'ANNO SCOLASTICO _____ A TEMPO INDETERMINATO DETERMINATO

PRESSO QUESTO ISTITUTO IN QUALITÀ DI:

<input type="checkbox"/>	DIRETTORE S.G.A.	<input type="checkbox"/>	ASSISTENTE AMM.VO	<input type="checkbox"/>	COLLABORATORE SCOL.
DOCENTE	SCUOLA INFANZIA	SCUOLA PRIMARIA	SCUOLA SECONDARIA I GRADO		

CHIEDE

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

DAL _____ AL _____

DAL _____ AL _____

DAL _____ AL _____

DAL _____ AL _____

IL SOTTOSCRITTO/A DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE LA DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE LA GRAVITÀ DELL'HANDICAP RILASCIATA DALLE COMPETENTI COMMISSIONI MEDICHE DELLE ASL È DEPOSITATA AGLI ATTI DI QUESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA.

IL SOTTOSCRITTO/A DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LA SCUOLA PUO' UTILIZZARE I DATI CONTENUTI NELLA PRESENTE RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO E PER I FINI ISTITUZIONALI PROPRI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (D.L. 196 DEL 30.06.2003 E SS.MM.)

PERUGIA,

IL SOTTOSCRITTORE