

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. ALBANO

Domanda di PERMESSO L. 104 – personale ATA

Il/la sottoscritto/a con qualifica di
in servizio presso il plesso di
codesto Istituto nel corrente A.S. con contratto a tempo ☐ determinato
☐ indeterminato
come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire per il periodo: dal al
di complessivi giorni n. di **PERMESSO LEGGE 104 (retribuito)**

☐ come **portatore di handicap grave**

☐ per **assistenza al proprio familiare** portatore di **handicap grave**

(indicare il grado di parentela)

orario di servizio

Dichiara inoltre sotto la propria personale responsabilità che il suddetto familiare non è ricoverato a tempo pieno.

Albano Laziale li,

Firma

digitare Nome e Cognome

La Dirigente Scolastica
Luigia Mastrosanti