

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO PERUGIA 12 - PERUGIA

**RICHIESTA PERMESSO RETRIBUITO ART.33, COMMA 6, L.104/92 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI PERMESSI PER PERSONE CON HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA' PERSONALE DOCENTE ED ATA A TEMPO INDETERMINATO E DETERMINATO**

IL/LA SOTTOSCRITT \_\_\_\_\_

IN SERVIZIO NELL'ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_ A TEMPO  INDETERMINATO  DETERMINATO  
 PRESSO CODESTO ISTITUTO IN QUALITA' DI:

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

**INFANZIA:**PLESSO:  FANTASIA BALANZANO  PETER PAN  LE MARGHERITE  PIEVE DI CAMPO**PRIMARIA:**PLESSO:  G.TEI BALANZANO  MAZZINI  PIEVE DI CAMPO**SCUOLA SECONDARIA DI 1° GRADO:**PLESSO:  SCUOLA MEDIA "VOLUMNIO"**CHIEDE :**

DI POTER FRUIRE DI GIORNI \_\_\_\_\_ (MAX 3 GIORNI PERMESSO MENSILE)

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

ORE \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_ DALLE ORE \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_ DALLE ORE \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_

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

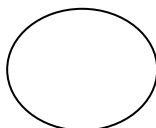
IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LA SCUOLA PUÒ UTILIZZARE I DATI CONTENUTI NELLA PRESENTE RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO E PER I FINI ISTITUZIONALI PROPRI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (D.L. 196 DEL 30.6.2003 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI ).

PERUGIA, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**Riservato all'Ufficio****ISTITUTO COMPRENSIVO PERUGIA 12 – PERUGIA**

Prot. N. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Giorni spettanti:** .....**Giorni richiesti:**.....**Giorni fruiti in precedenza:**.....**Giorni residui:** .....**VISTO : IL DIRETTORE S.G.A****SIMONETTA CECCHETTI****VISTO** **SI CONCEDE** **NON SI CONCEDE****IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DOTT.SSA SIMONA FERRETTI**