

Al Dirigente Scolastico  
del Liceo scientifico "A. Volta"  
di Foggia

Oggetto: programmazione mensile giornate di permesso retribuito per assistenza familiare  
portatore di handicap.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in servizio presso questa Istituzione  
Scolastica, in qualità di \_\_\_\_\_ con contratto di lavoro a tempo

Comunica

in applicazione dell'art.33 della Legge 05/02/1992, n. 104, come modificato dall'art. 21 del D.L.  
27/081993, 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 08/03/2000, n.53 la  
Programmazione dei giorni relativi al mese di \_\_\_\_\_  
quale PERMESSO RETRIBUITO per assistere il proprio familiare, portatore di handicap grave,  
come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale:

1. dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_
2. dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_
3. dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Tanto salvo casi eccezionali non prevedibili.

Foggia, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_