

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

OGGETTO: **Piano di massima mensile** Legge 104/1992 art. 33 comma 3.

Il/La sottoscritt__ _____ nat__ a
_____ prov. (____) il _____,
qualifica_____ tempo determinato/indeterminato
presso _____

C H I E D E

di poter fruire dei seguenti permessi previsti dall'art. 33 –comma 3 - della legge 104/1992 per assistere il/la sig. _____ (coniuge / figlio / madre / padre / _____) :

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

Il/La sottoscritt__ dichiara che è l'unico familiare ad assistere il sig. _____ e che lo stesso non è ricoverato a tempo pieno presso alcuna struttura.

Data _____

Firma
