

**Modulo A10 – DOMANDA DI PERMESSO RETRIBUITO PER ASSISTENZA FAMILIARE PORTATORE DI HANDICAP L. 104**

Al Dirigente Scolastico  
Liceo Classico e Scientifico  
"S. Pellico - G. Peano"  
CUNEO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in servizio presso codesta Istituzione Scolastica , in qualità di \_\_\_\_\_ a tempo indeterminato/determinato

**CHIEDE**

In applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992 , n. 104 , come modificato dall'art. 21 del D.L. 27/8/1993 , 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 8/3/2000 , n. 53, n. \_\_\_\_\_ **GIORNI/O di PERMESSI/O RETRIBUITI/O per assistere il proprio familiare,** \_\_\_\_\_ portatore di handicap come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale , da fruire nel seguente mese: \_\_\_\_\_, nei seguenti giorni:

il \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Cuneo, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Visto:  
LA D.S.G.A.  
(Dott. ssa Rinaudo Nadia)

\_\_\_\_\_

Si autorizza:  
Il Dirigente Scolastico  
(Prof. Alessandro PAROLA)

\_\_\_\_\_