Al DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
STATALE DI NOVENTA VICENTINA

OGGETTO: **PROGRAMMAZIONE MENSILE** dei **PERMESSI MENSILI (N.3 GIORNI AL MESE)** per **ASSISTENZA A PORTATORI DI HANDICAP** con connotazione di **GRAVITA'** (**Art.33, 3° comma**, Legge 104/92; art.20 , Legge 53/2000 – e successive integrazioni - modificazioni).

VISTO l'art. 32 del CCNL 19-4-2018, il sottoscritto _____ nato a _____ il _____, in servizio presso questo Istituto Comprensivo di Noventa Vic. in qualità di _____ _____, al fine di assistere il familiare _____ - _____,
(rapporto di parentela) (Cognome e Nome del Parente)

COMUNICA,

la seguente PROGRAMMAZIONE DEI GIORNI in cui intende assentarsi relativa ai seguenti mesi:
MESE DI _____;
MESE DI _____;
MESE DI _____;
MESE DI _____;

In caso di necessità ed urgenza, il sottoscritto è consapevole della necessità di presentare la richiesta di permesso di cui alla presente ENTRO 24 ORE precedente la usufruizione del permesso e, comunque, non oltre l'inizio dell'orario di lavoro .

DATA	DALLE ORE	ALLE ORE	TOTALE ORE

Data , _____ _____

(Firma)