



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca



Istituto di Istruzione Superiore "Benedetto Castelli"
Istituto Tecnico Settore Tecnologico, Scuola in Ospedale
Via Cantore, 9 25128 Brescia tel. 030/3700267 fax 030/395206 e-mail segreteria@itiscastelli.it
cod. fiscale 80048510178 - cod. unico fatturazione UFE3MI - cod. ipa istsc_bsiso37004 - cod. mecc. B5I5037004
PEC: bsiso37004@pec.istruzione.it - SITO: www.iiscastelli.gov.it

Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S "B. Castelli" - Brescia

Il/la sottoscritt _____ / _____

in servizio presso questo Istituto nel corrente anno scolastico, in qualità di:

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assistente Amministrativo | <input type="checkbox"/> Docente |
| <input type="checkbox"/> Assistente Tecnico | |
| <input type="checkbox"/> Collaboratore Scolastico | <input type="checkbox"/> DSGA |

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, giorni n. _____ di **PERMESSO RETRIBUITO per assistere il proprio familiare** _____ , portatore di **handicap grave**, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale, da fruire ne ___ sequent ___ giorn ___ :

- dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___
- dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___
- dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___

Brescia, _____

Firma _____

Il Dirigente Scolastico
Simonetta Tebaldini
