Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Scolastico Lucca 7

OGGETTO: richiesta di fruizione dei benefici legge 104/92 - Dipendente portatore di handicap grave.

 Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a tempo determinato/indeterminato, dichiarato/a dalla competente ASL portatore di handicap in situazione di gravità, ai sensi della legge n.104/92 e successive modificazioni ed integrazioni

CHIEDE

la riduzione di due ore dell’orario giornaliero di servizio, effettuando il seguente orario settimanale di lavoro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OVVERO

la fruizione di n.3 giorni di permesso mensile o, in alternativa, di n.18 ore di permesso mensile. Il/la sottoscritto/a dichiara di avere necessità delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità e si impegna a comunicare il venir meno dei requisiti che hanno dato luogo alla concessione dei permessi retribuiti. Allega copia del verbale della competente ASL, attestante lo stato di portatore/trice di handicap grave.

 Data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_