**PERMESSO L. 104/92**

Il/La sottoscritt\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In servizio presso il plesso scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di: □ docente □ assistente amministrativo □ collaboratore scolastico

***consapevole del fatto che****, a seguito di chiarimento fornito dal Ministero del Lavoro con interpello n. 11/2010, la* ***comunicazione preventiva*** *da inoltrare al datore di lavoro nella richiesta di fruizione dei****permessi della legge 104****, deve seguire, preferibilmente una programmazione a cadenza settimanale (****preavviso di almeno sei giorni****) o comunque mensile, salvo motivata urgenza da documentare (e non autodichiarare) comunque a carico del richiedente.*

**CHIEDE**

per il/i giorno/i \_ \_ / \_ \_ / 202\_ \_ \_ / \_ \_ / 202\_ \_ \_ / \_ \_ / 202\_

**UN PERMESSO PER L.104**

*Opzione da selezionare in caso di richiesta di permesso giornaliero*

□ **Per l’intera giornata**, ai sensi dell’***art. 33 c. 3*** della Legge 104/1992 *per assistenza al familiare disabile*

□ **Per l’intera giornata**, ai sensi dell’***art. 33 c. 6*** della Legge 104/1992 *per persona in condizioni di disabilità grave*

*Ovvero*

*Opzione da selezionare in caso di richiesta di permesso orario* ***alternativa*** *a quella dei tre giorni mensili fruibile* ***solo*** *dal personale in situazione di disabilità grave (art. 3, comma 3, L: 104/1992)*

□ Per n. \_ ore\* dalle \_ \_ : \_ \_ alle \_ \_ : \_ \_

*(\*max. due ore/giorno per orario di servizio pari o superiore a sei ore, max. 1 ora/ giorno per orario di servizio inferiore a sei ore)*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**❑**  SI CONCEDE

❑ NON SI CONCEDE

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Maria Pia D’Andrea

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