

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Foligno 4**

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio

Presso l' I. C. Foligno 4 (plesso di _____) in qualità di:

Qualifica: _____
(docente – D.S.G.A – Assistente Amministrativo – Collaboratore Scolastico)

a T.I. a T.D.

A tempo pieno Part-time (Orizzontale Verticale Misto _____ %)

CHIEDE

di poter usufruire del seguente permesso relativo alla Legge 104/92:

permesso per assistenza a soggetti in condizione di HC: _____
(indicare nominativo assistito)

permesso in qualità di lavoratore in condizione di HC

dal _____ al _____ gg. _____

Il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

a tal fine dichiara che la persona in condizione di HC non è ricoverata presso istituti specializzati per il periodo sopra richiesto.

Foligno, _____

Firma _____

VISTO:

(Provvedimento n° _____ del _____)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Giuseppa Zuccarini