



Istituto Comprensivo Statale  
09026 San Sperate (CA)

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo Statale  
"G. Deledda"  
San Sperate

**OGGETTO: Comunicazione permesso retribuito per assistenza familiare portatore di handicap L 104/90**

Il/La sottoscritto/a   
in servizio presso questo Istituto nella Scuola   
in qualità di  con contratto a Tempo  determinato,

**VISTA** la legge 5/02/92, n. 104;

**VISTO** il D.L.gs 26/03/2001, n. 151;

**VISTA** la legge n. 183 del 04/11/2010, art. 24

### COMUNICA

l'assenza di giorni :  per **PERMESSO RETRIBUITO**, per assistere il proprio familiare

in quanto portatore di **handicap grave**, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale, da fruirsi nei seguenti giorni:

dal  al

dal  al

dal  al

dal  al

*Il/La sottoscritto/a dichiara ai sensi dell'art. 4 della L. 15/68 che nessun componente del proprio nucleo familiare fruisce nel periodo indicato delle stesse agevolazioni.*

*Firma*

San Sperate,

---

**Per presa visione**

San Sperate,

Il Dirigente Scolastico  
*Dott.ssa Adriana Mura*