



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA LOMBARDIA

ISTITUTO COMPRENSIVO "CARLO EMANUELE BUSCAGLIA"

VIA PAISIELLO, 2 - 20092 CINISELLO BALSAMO (MI)

Tel. 0261290728 – Tel./Fax. 0266049026 - Codice Fiscale: 85018650151 - Codice Meccanografico: MIIC8AQ005

e-mail [miic8aq005@istruzione.it](mailto:miic8aq005@istruzione.it) – e-mail pec [miic8aq005@pec.istruzione.it](mailto:miic8aq005@pec.istruzione.it)

sito internet [www.icbuscaglia.gov.it](http://www.icbuscaglia.gov.it)

Al Dirigente Scolastico

**OGGETTO: CONGEDO BIENNALE ACCOMPAGNATORE PORTATORE DI HANDICAP**  
**(Art. 80 L. 338/2000)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in servizio presso codesto Istituto in qualità di:  Docente

Direttore Amministrativo  Assistente Amministrativo  Collaboratore Scolastico

a tempo indeterminato

**CHIEDE**

di poter usufruire di un periodo di congedo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

per il/la proprio/a (*indicare la parentela*) \_\_\_\_\_ sig./sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,

ricosciuto portatore di handicap che necessita di assistenza permanente, continuativa e globale ai sensi della legge N. 104/1992 come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale.

A tal fine dichiara che in precedenza non ha fruito del congedo ovvero di aver fruito dei seguenti periodi nell'ambito dello stesso o di altro precedente rapporto di lavoro:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Allega documentazione.

Data \_\_\_\_\_ (*firma del dipendente*) \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente richiesta esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.L. n. 196 del 30 Giugno 2003-Codice in materia di protezione dei dati personali).

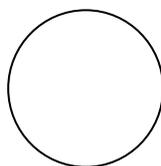
Data \_\_\_\_\_ (*firma del dipendente*) \_\_\_\_\_

**Riservato all'ufficio**

Prot. N. \_\_\_\_\_/FP del \_\_\_\_\_

Totale giorni fruiti in precedenza: \_\_\_\_\_

VISTO,  si concede  
 non si concede



Il Dirigente Scolastico  
*Prof.ssa Paola Spadoni*