



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 – e-mail pec miic8aq005@pec.istruzione.it

sito internet 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.

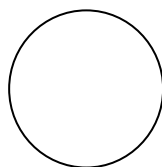
Data _____ (*firma del dipendente*) _____

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