



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: PERMESSO ACCOMPAGNATORE/PORTATORE DI HANDICAP
 (Art. 33 L. 104/92 cc. 3 e 21)

Il/La sottoscritto/a _____

in servizio presso codesto Istituto in qualità di: Docente
 Direttore Amministrativo Assistente Amministrativo Collaboratore Scolastico
 a tempo indeterminato determinato

CHIEDE

come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale, di poter usufruire

- per il/la proprio/a (*indicare la parentela*) _____ sig./sig.ra _____
 per sé stesso
 di N. _____ giorni di permesso retribuito
 di N. _____ ore di permesso retribuito

dal _____ al _____	dal _____ al _____
--------------------	--------------------

dalle ore _____ alle ore _____	dalle ore _____ alle ore _____
--------------------------------	--------------------------------

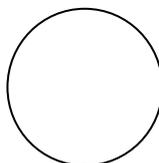
Data _____ (*firma del dipendente*) _____

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 _____
Permessi fruiti nel corrente mese: _____	Permessi residui per il corrente mese: _____

VISTO, si concede.



Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Paola Spadoni