

Istituto Comprensivo
S. Pertini
Busto Arsizio

Data ___/___/___

Prot. N° _____ Pos _____

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
"S. Pertini di Busto Arsizio

1 sottoscritt _____

in servizio presso il plesso scolastico _____

in qualità di _____ a tempo indeterminato e determinato

CHIEDE

di usufruire, ai sensi della legge del 05/02/1992 n. 104 art. 33, di giorni

_____ dal ___/___/___ al ___/___/___ **per assistenza al** _____

handicappato in situazione di gravità.

Allega certificazione.

Busto Arsizio, _____

firma _____

ISTITUTO COMPRENSIVO "S. PERTINI" DI BUSTO ARSIZIO

VISTO SI CONCEDE

Busto A. li, ___/___/___

La Dirigente Scolastica

Stefania Bossi

