

**MODULO DI PROGRAMMAZIONE MENSILE
PERMESSI RETRIBUITI EX ART. 33 L. 104/1992**

Anno scolastico _____

Mese di riferimento: _____

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____

C.F. _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di:

- ☐ Docente – ordine di scuola _____
- ☐ Assistente Amministrativo
- ☐ Collaboratore Scolastico
- ☐ Altro _____

DICHIARA

di voler fruire, nel mese sopra indicato, dei permessi retribuiti ai sensi dell'art. 33 della Legge 104/1992 per:

- ☐ assistenza a familiare in situazione di handicap grave
- ☐ sé medesimo

e comunica la seguente programmazione:

Data Giornata intera Ore (se fruizione oraria)

_____ ☐	_____
_____ ☐	_____
_____ ☐	_____

Totale previsto nel mese:

- ☐ n. ____ giornate
- ☐ n. ____ ore

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dovute a sopravvenute esigenze assistenziali imprevedibili.

Dichiara altresì di essere consapevole che la programmazione è finalizzata esclusivamente alla corretta organizzazione del servizio, nel rispetto dei diritti riconosciuti dalla normativa vigente.

Luogo e data _____

Firma del/della dipendente