

Al Dirigente Scolastico
Liceo " V. GAMBARA "
Brescia

Il /la sottoscritto /a _____

in servizio presso questo Istituto l' a. s. _____ qualifica _____

con incarico €T.I. €T.D

chiede di usufruire dei seguenti giorni di assenza/ore:

dal al complessivi giorni/dalle orealle ore.....

dal al complessivi giorni/dalle orealle ore.....

dal al complessivi giorni/dalle orealle ore.....

per **PERMESSO RETRIBUITO LEGGE 104/92** (art 33 c.2, 3 e 6) e successive integrazioni

€riferito al__ sottoscritt_

€riferito al familiare.....

come da documentazione prodotta a codesto Istituto in data.....

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara sotto la propria responsabilità che il familiare per il quale è richiesto il permesso non è ricoverato presso alcuna struttura

Brescia, _____

Firma