|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ANd9GcS4h3U6bNMdqbzApAnNmy5W_0We2XXA2NFXQgtqKhbP2pLXU6x-AVmgvfs](http://www.google.it/imgres?imgurl=http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/0/00/Emblem_of_Italy.svg/168px-Emblem_of_Italy.svg.png&imgrefurl=http://it.wikipedia.org/wiki/Emblema_della_Repubblica_Italiana&usg=__mHSTj2nPZhTmSRp3o2QjTj18K_w=&h=190&w=168&sz=36&hl=it&start=4&zoom=1&tbnid=Wj7OLzg-nCcxCM:&tbnh=103&tbnw=91&ei=YhQPUuGOBcHAhAeP9oGgAw&prev=/images?q%3Dstemma%2Brepubblica%2Bitaliana%26sa%3DX%26hl%3Dit%26gbv%3D2%26tbm%3Disch&itbs=1&sa=X&ved=0CDIQrQMwAw) | LICEO CLASSICO STATALE “F. CAPECE”  Indirizzi: Classico, Scientifico Ordinario, Scientifico Sportivo, Linguistico EsaBac, Linguistico Internazionale Spagnolo |  |
| Piazza A. Moro, 29 - 73024 Maglie (Le) | | |
| Tel. 0836/484301 | | |
| Web: www.liceocapece.edu.it – Email: lepc01000g@istruzione.it | | |
| Posta certificata: lepc01000g@pec.istruzione.it | | |

RINNOVO ANNUALE

Permessi Legge 104/92

**Al Dirigente Scolastico**

**del Liceo Classico Statale “F. Capece”**

**di MAGLIE**

\_\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso codesta

istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con contratto di

(Docente, Dsga, Collab. Scolast, Ass. Amm.vo, Ass. Tecnico)

lavoro a tempo indeterminato/determinato, in merito alla richiesta documentata, presentata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed acquisita agli atti di questo Ufficio con prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ volta ad ottenere la fruizione dei permessi retribuiti, ai sensi dell'art. 33, comma 3, della legge n. 104 del 05/02/92, per assistere il proprio familiare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portatore di handicap grave, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste in caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni,

dichiara

che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap della persona per la quale vengono richiesti i permessi, che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche, e che continuano a sussistere le altre condizioni indicate nella richiesta succitata.

*Maglie*, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_