Alla Dirigente Scolastica Istituto Comprensivo POSATORA PIANO ARCHI

ANCONA

Il/la sottoscritt in servizio presso questo Istituto in qualità di

DOCENTE T.I. T.D. Part-time orizzontale Part-time verticale per\*

Ore su gg.

ATA T.I. T.D. Part-time orizzontale Part-time verticale per\*

Ore su gg.

**\*Nota: per il part-time verticale i giorni da fruire sono considerati in proporzione ai giorni di servizio.**

COMUNICA

che fruirà dei permessi mensili ai sensi dell’art. 33 c. 3 della Legge 104/92 e degli art. 15 – 19 CCNL 29/11/2007 nelle giornate sottoindicate:

dal al

dal al

dal al

Il/la sottoscritto/a conferma il proprio impegno, morale oltre che giuridico, a prestare effettivamente la propria opera di assistenza a:

(cognome, nome assistito)

e dichiara che l’assistito non è, a tutt’oggi ricoverato, presso strutture sanitarie.

**Condizione relativa alla distanza oltre 150KM da propria residenza:**

Considerato che la richiesta è soggetta alla presentazione della documentazione che attesti di essermi effettivamente recato presso la residenza del familiare da assistere, mi impegno a presentarla al mio rientro in servizio.

Ancona,

Firma

**ISTITUTO COMPRENSIVO “POSATORA PIANO ARCHI”**

**VISTO:**

# IL DIRIGENTE SCOLASTICO