



I.S.I.S. - Istituto Statale Istruzione Superiore  
"Luigi de' Medici"  
Via Zabatta, 19 80044 OTTAVIANO (NA)  
Tel. 0815293222 - Fax 0815295420 - Mail: info@isisdemedici.it  
Cod. Meccanografico: NAIS05800R - Cod Fiscale: 84007150638  
[www.isisdemedici.it](http://www.isisdemedici.it)



Al Dirigente Scolastico  
Dell' ISIS "L. de' Medici"  
Ottaviano

Oggetto: Domanda di permesso retribuito L.104/92

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ,  
in qualità di \_\_\_\_\_ con contratto di lavoro a tempo  
\_\_\_\_\_ indeterminato \_\_\_\_\_ determinato \_\_\_\_\_ .

## CHIEDE

in applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992 , n. 104 , come modificato dall'art. 21 del DL 27/8/1993  
n. 324 , convertito con modificazioni in Legge 27/10/1993, n. 423 , nonché dall'art. 3 comma 38, della  
Legge 24/12/1993, n. 537 e dall'art. 20 della legge 08/03/2000, n. 53, giorni n. 3  
\_\_\_\_\_ di permesso per assistere il proprio familiare \_\_\_\_\_ portatore di handicap grave

per se medesimo;

(Come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale)

da fruire nei seguenti giorni relativi al mese di :

N°	LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'
1					
2					
3					

Ottaviano

Firma Richiedente

Visto si Autorizza

Firma Dirigente Scolastico  
Prof. Gennaro Pascale

Firma Dirigente Amministrativo  
Sig. Gabriele Adamo