

	<p align="center"><b>SCUOLA SECONDARIA STATALE DI 1° GRADO</b>  <b>AD INDIRIZZO MUSICALE "GAETANO CAPORALE"</b>  Piazza Falcone e Borsellino n.8 – 80011 ACERRA ( NAPOLI)  Tel./Fax 081/8857104  e-mail: <a href="mailto:namm15100q@istruzione.it">namm15100q@istruzione.it</a> ; <a href="mailto:namm15100q@pec.istruzione.it">namm15100q@pec.istruzione.it</a>  sito web: <a href="http://www.scuolacaporaleacerra.gov.it">www.scuolacaporaleacerra.gov.it</a>  <b>C.F. 80103920635</b></p>	
--	---	--

Prot. n° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Acerra, \_\_\_\_\_

**Oggetto: Domanda di permesso orario retribuito per assistenza familiare portatore di handicap dell'art.33c.3 della Legge 5/12/1992 n. 104 e in base all'art.42 del D.Lvo 26/03/2001 n. 151 e C.C.N.L. Comparto Scuola del 09/02/2018.**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ PERSONALE ATA in servizio presso codesta Istituzione Scolastica, in qualità di \_\_\_\_\_ con contratto di lavoro a tempo indeterminato / determinato.

**CHIEDE**

Alla S.V. in applicazione dell'art. 33 C.3 della Legge 5/12/1992 n. 104 e in base all'42 del D.Lvo 26/03/2001 n. 151 e C.C.N.L. Comparto Scuola del 09/02/2018 art.32 – di poter usufruire un permesso retribuito per assistere il proprio familiare Sig/ra.

\_\_\_\_\_ portatore di handicap grave, per un **massimo di 18 ore mensili**

**Il giorno..... dalle ore..... alle ore..... per tot. ore.....**

Dichiara di aver già usufruito durante il corrente mese dei seguenti permessi orari retribuiti ai sensi dell'art. 33 C.3 della Legge 5/12/1992 n. 104 e in base all'42 del D.Lvo 26/03/2001 n. 151 e C.C.N.L. Comparto Scuola del 09/02/2018 art.32.

Data	N. ORE

Acerra, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

P.P.V. IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dr.ssa Rosa ESCA