**RICHIESTA BENEFICI DI CUI ALLA LEGGE 104/92 – PERSONALE**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO STATALE

DI FILADELFIA

OGGETTO: richiesta di fruizione dei benefici legge 104/92 - Dipendente portatore

 di handicap grave.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , dichiarato/a dalla competente ASL portatore di handicap in situazione di gravità, ai sensi della legge n.104/92 e successive modificazioni ed integrazioni

CHIEDE

la fruizione di n.3 giorni di permesso mensile o, in alternativa, di n.18 ore di permesso mensile.

Il/la sottoscritto/a dichiara di avere necessità delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità e si impegna a comunicare il venir meno dei requisiti che hanno dato luogo alla concessione dei permessi retribuiti.

Allega copia del verbale della competente ASL, attestante lo stato di portatore/trice di handicap grave.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_