

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Statale
“Maria Montessori”
ALCAMO

OGGETTO: **PIANO MENSILE DI UTILIZZO DEI PERMESSI** persona handicappata in situazione di gravità ex Legge 104/92 ss.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

nato/a a _____ provincia _____ il _____

e residente/domiciliato in _____ via _____

n° _____ tel/cell. _____ in qualità di **lavoratore dipendente e persona con disabilità grave dichiarata ex Legge 104/92 ss. in servizio presso codesta Istituzione scolastica con la presente sotto la propria responsabilità**

D I C H I A R A

di volere effettuare, per il corrente a.s. 2022/2023, il seguente **PIANO MENSILE DI UTILIZZO DEI PERMESSI**: (es. visite mediche, terapie mediche programmate in Italia e all’Estero, etc.)

il sottoscritto dipendente prevede di assentarsi nel mese di _____ e che usufruirà dei permessi retribuiti suddetti nelle seguenti giornate:

Giorno _____/_____/_____	Motivazione _____
Giorno _____/_____/_____	Motivazione _____
Giorno _____/_____/_____	Motivazione _____

IN FEDE.

ALCAMO, _____

(firma) _____