

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IPSEOA "VIVIANI"
CASTELLAMMARE DI STABIA

Oggetto: Programmazione mensile per assistenza familiare portatore di handicap/personale L.104/05/02/92

_ l _ sottoscritt_ _____

nat_ il ___/___/___ a _____ prov . (___) in servizio

presso codesta Istituzione Scolastica , in qualità di _____

con contratto di lavoro a tempo indeterminato / determinato.

COMUNICA

In applicazione dell'art. 33 della Legge 5/2/1992 , n. 104 , come modificato dall'art. 21 del D.L.

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 8/3/2000 , n. 53,

giorni n. _____ ;

L. 104/05/02/92 personale

L. 104/05/02/92 per assistere il proprio familiare

Sig./ra _____ , portatore di

handicap grave, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale , da fruire

secondo prospetto allegato:

	MESE	GIORNI			ANNO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

_____ li,

Firma
