

ALLEGATO A

PROGRAMMAZIONE MENSILE PERMESSO L.104

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
I.C.A.S. S. SOLIMENE
Sparanise (CE)

Il/la sottoscritto/a _____

in servizio presso codesto Istituto Scolastico in qualità di **DOCENTE** **PERSONALE ATA**

Contratto T.I.(ruolo) Contratto T.D.A.(supplenza annuale30/06-31/08) Contratto T.D. (supplenza breve)

COMUNICA

Alla S.V. la seguente programmazione mensile dei giorni in cui avrà necessità di assentarsi per permesso L.104 per assistere il familiare:

mese_____

data_____ giorno della settimana_____

data_____ giorno della settimana_____

data_____ giorno della settimana_____

- in ogni caso il/la sottoscritto/a richiederà formale permesso alla S.V. per ogni singola assenza dal servizio con congruo anticipo (almeno tre giorni) comunicandolo nel contempo al Collaboratore/Responsabile di plesso
- la fruizione concordata può essere interrotta a fronte di bisogni **urgenti** della persona disabile, che il sottoscritto **documenterà adeguatamente**

Data_____

Firma_____