

**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

**DICHIARA**

di volere effettuare, per il corrente a.s. 20\_\_\_\_/20\_\_\_\_, 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) \_\_\_\_\_