

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 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) _____