

**Al Dirigente Scolastico**  
**Liceo Scientifico Statale "G. PEANO"**  
Monterotondo (Rm)

Il/La sottoscritta

in servizio presso questo Istituto con la seguente qualifica     **Docente**     **Personale A.T.A.**

Tempo indeterminato

Tempo deter. (U.S.P.)

Tempo deter. (D.S.)

**chiede**

Di fruire del permesso mensile per assistenza al familiare/affine disabile ai sensi dell'art. 33, comma 3 della L. 104/92

dal  al  gg.

Di fruire del permesso mensile ai sensi dell'art. 33, comma 6 della L. 104/92

dal  al  gg.

Permesso orario 2 ore **dalle ore**

**alle ore**

**gg.**

Monterotondo,

**FIRMA**

(firma autografa sostituita a mezzo stampa, ex art. 3, co. 2, D.lgs. 39/93)