****

Istituto Comprensivo “Norberto Bobbio”

**scuola dell’infanzia, primaria e secondaria di primo grado**

Via IV Novembre, 2 - Rivalta Bormida (AL)

Tel. 0144364113 \* 0144372068 \* 0144364941 \* Fax 0144364643 \* C.M. ALIC809001 \* C.F. 81003050069

e-mail: [alic809001@istruzione.it](mailto:alic809001@istruzione.it) PEC [alic809001@pec.istruzione.it](mailto:alic809001@pec.istruzione.it) Web: [www.comprensivorivaltab.gov.it](http://www.comprensivorivaltab.gov.it)

**MD I12 Richiesta Congedo retribuito biennale per assistenza portatori di handicaps.**

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo “N. Bobbio”

Rivalta Bormida

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome e nome) ( qualifica)

in servizio presso codesto Istituto nel corrente a.s. con contratto a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(determinato/indeterminato)

**CHIEDE**

di fruire di nn……gg ............ dal ................................... al .....................................

di congedo retribuito biennale per assistenza a famigliare portatore di handicap (Art. 42 comma 5 D.Lgs. 151/2001).

Allega la prescritta documentazione.

Con osservanza

lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma del dipendente)

VISTO, si concede

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

(Monica Fonti)

…................................................