

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ in servizio presso codesta scuola.

In qualità di: \_\_\_\_\_

### CHIEDE

N° gg. \_\_\_\_ e precisamente dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° gg. \_\_\_\_ e precisamente dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N° gg. \_\_\_\_ e precisamente dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BENEFICI LEGGE 104/92 art. 33 comma 3

L\_\_ stesso dichiara che:

- Ha già fruito di gg. \_\_\_\_\_ nello stesso mese.
- Che il Sig. \_\_\_\_\_ dipendente presso \_\_\_\_\_ ha fruito nello stesso mese di n. \_\_\_\_\_ giorni in alternativa con il sottoscritto/a.
- Il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno.

Salerno, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Con Osservanza

\_\_\_\_\_