# AL DIRIGENTE SCOLASTICO “C.P.I.A. 1 – FOGGIA”

 E p.c. AL D.S.G.A.

**OGGETTO: Richiesta di fruizione dei benefici legge 104/92 - Dipendente portatore di handicap grave.**

Il/La sottoscritt nato/a a prov. ( ) il , qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tempo □ determinato □ indeterminato presso il Punto di Erogazione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARATO/A**

dalla competente ASL portatore di handicap in situazione di gravità, ai sensi della legge n.104/92 e successive modificazioni ed integrazioni

**CHIEDE**

 la riduzione di due ore dell’orario giornaliero di servizio, effettuando il seguente orario settimanale di lavoro:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OVVERO**

la fruizione di n.3 giorni di permesso mensile o, in alternativa, di n.18 ore di permesso mensile.

Il/la sottoscritto/a dichiara di avere necessità delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità e si impegna a comunicare tempestivamente all'Ufficio Personale ogni intervenuta modifica al proprio status che, rispetto a quanto dichiarato nella presente, possa determinare il decadimento o la modificazione del beneficio di cui trattasi, pena la comminazione delle previste sanzioni disciplinari.

Allega copia del verbale della competente ASL, attestante lo stato di portatore/trice di handicap grave.

Data

Firma

Vista la domanda

* si concede IL DIRIGENTE SCOLASTICO
* non si concede *(prof.ssa Antonia CAVALLONE)*
* si prende atto