

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

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

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

In qualità di: \_\_\_\_\_

### C H I E D E

- 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 usufruito di gg. \_\_\_\_\_ nello stesso mese
- Il familiare disabile non è ricoverato a tempo pieno.

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

Con Osservanza

\_\_\_\_\_