



MODELLO 1

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Oggetto: PIANO MENSILE DI UTILIZZO DEI PERMESSI *per assistenza alla propria persona e assistenza a persona handicappata in situazione di gravità*

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a a _____
prov _____ il _____ e residente/domiciliato in _____
_____ via _____ n° _____ tel/cell. _____
_____ in qualità di lavoratore dipendente e persona con disabilità grave dichiarata ex Legge 104/92 s.m.i. in servizio presso codesta Istituzione scolastica con la presente sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di volere effettuare, per il mese corrente a.s. 2025/2026, il seguente PIANO MENSILE DI UTILIZZO DEI PERMESSI:

per la propria persona

Giorno _____	motivazione _____
Giorno _____	motivazione _____
Giorno _____	motivazione _____

Assistenza a persona handicappata in situazione di gravità

Giorno _____	motivazione _____
Giorno _____	motivazione _____
Giorno _____	motivazione _____

data

Firma