**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

 **ISTITUTO COMPRENSIVO PESCARA 3**

 **P E S C A R A**

**Oggetto :** Comunicazione rinuncia fruizione L. 104/92 .

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso questa Istituzione Scolastica, in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in posizione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizzato/a a fruire dei permessi ai sensi dell’art. 33, - L. 104/92,

per assistere\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 cognome e nome relazione di parentela

con la presente rinuncia alla fruizione, dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_.

in quanto:

□ il portatore di handicap è ricoverato a tempo pieno dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_ presso un istituto specializzato;

□ il portatore di handicap è deceduto il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ i permessi verranno fruiti da altra persona, dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_;

□ è stato **revocato il giudizio di “gravità”** da parte della competente commissione a decorrere dalla

 data del \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

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

 (data) (firma)