

DOMANDA DI PERMESSI PER L'ANNO _____

Legge 5 febbraio 1992, n.104, art.33 commi 1°, 2°, 3°

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Comune di nascita _____ il _____

Residente a _____ cap _____ (prov. _____) via _____

in servizio presso _____ di _____

In qualità di _____ con contratto a Tempo _____

Grado di parentela con il disabile _____

DATI RELATIVI AL PORTATORE/ALLA PORTATRICE DI HANDICAP (FIGLIO/A O AFFIDATO/A)

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Comune di nascita _____ il _____

E' ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati SI NO

Di età inferiore a 3 anni Di età compresa tra i 3 e gli 8 ANNI Di età superiore agli 8 anni

DICHIARA CHE L'ALTRO GENITORE

che l'altro genitore beneficia dei permessi giornalieri per la stessa persona disabile in situazione di gravità alternativamente con il/la sottoscritto/a, nel limite massimo di tre giorni complessivi tra i due genitori

HA RINUNCIATO AI PERMESSI (GENITORE) NON PUO' ASSISTERE IL FIGLIO/FIGLIA

DATI RELATIVI ALL'ALTRO GENITORE:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Comune di nascita _____ il _____

in servizio presso _____ di _____

In qualità di _____ con contratto a Tempo _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Consapevole delle responsabilità civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità.

Si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che dovessero intervenire nella situazione sopradescritta, nonché le eventuali altre modifiche di periodi richiesti, ovvero il trasferimento delle agevolazioni all'altro genitore o altro parente o del coniuge del portatore di handicap.

Data _____

FIRMA RICHIEDENTE

FIRMA DEL LAVORATORE RINUNCIANTE

DOMANDA DI PERMESSI PER L'ANNO _____

Legge 5 febbraio 1992, n.104, art.33 commi 1°, 2°, 3°

DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Comune di nascita _____ il _____

in servizio presso _____ di _____

In qualità di _____ con contratto a Tempo _____

DATI RELATIVI AL PORTATORE/ALLA PORTATRICE DI HANDICAP (FIGLIO/A O AFFIDATO/A)

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Comune di nascita _____ il _____

E' ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati SI NO

Di età FINO anni 3

Di età SUPERIORE a anni 3

DICHIARA CHE L'ALTRO GENITORE

HA RINUNCIATO AI PERMESSI (GENITORE)

NON PUO' ASSISTERE IL FIGLIO/FIGLIA

DATI RELATIVI ALL'ALTRO GENITORE:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Comune di nascita _____ il _____

in servizio presso _____ di _____

In qualità di _____ con contratto a Tempo _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Consapevole delle responsabilità civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità.

Si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni che dovessero intervenire nella situazione sopradescritta, nonché le eventuali altre modifiche di periodi richiesti, ovvero il trasferimento delle agevolazioni all'altro genitore o altro parente o del coniuge del portatore di handicap.

Data _____

FIRMA RICHIEDENTE

FIRMA DEL GENITORE RINUNCIANTE