

Alla Provincia Autonoma di Bolzano  
Ripartizione 4 – Personale  
Via Renon 13  
**39100 BOLZANO**

- 4.2 Personale amministrativo
- 4.3 Personale delle scuole
- 4.3.1 Personale scuole dell'infanzia e per l'integrazione

**Permesso mensile retribuito (3 giorni)  
ai sensi della Legge 104/92**

con certificazione provvisoria (dopo 45 giorni dalla domanda all'Azienda Sanitaria)

Richiedente \_\_\_\_\_ matr. n. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

**chiede**

la concessione del permesso mensile retribuito di 3 giorni, ai sensi della Legge 104/92, per:

se stesso/stessa

il figlio/la figlia \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

codice fiscale figlio/figlia: | | | | | | | | | | | | | | | |

il marito/la moglie \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

il padre/la madre \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

un altro familiare \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

indicare il grado di parentela: \_\_\_\_\_

**Il/La sottoscritto/a dichiara che nessun altro familiare usufruisce contemporaneamente del permesso mensile retribuito per la stessa persona.**

Dichiarazione liberatoria solo in caso di richiesta con certificazione provvisoria:

Il/La sottoscritto/a si impegna, in caso di provvedimento definitivo negativo da parte della Commissione medica, alla restituzione delle prestazioni eventualmente utilizzate mediante recupero ore/congedo ordinario/aspettativa non retribuita.

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

=====

Visto ed approvato

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Direttore/della Direttrice)

**Allegato:**

Certificazione della Commissione medica di „Riconoscimento della condizione di portatore di handicap grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104”.

**In caso di richiesta con certificazione provvisoria:** copia della domanda presentata alla Commissione presso l'A.S. competente unitamente a certificato del medico ospedaliero specializzato nella cura della patologia, idoneo ad attestare la situazione di handicap grave.