



**Al Dirigente Scolastico del Liceo Artistico Statale "R. Cottini" - Torino**

**Oggetto: PERMESSO MENSILE RETRIBUITO**  
**Per Legge n. 104 del 05/02/1992**

Il/La sottoscritt... ..

..... con rapporto di lavoro a T.D./T.I.  
(qualifica)

**CHIEDE**

**LA CONCESSIONE DEL PERMESSO RETRIBUITO** previsto dall'art. 33 della legge 104/1992, relativo al mese di \_\_\_\_\_

Nei seguenti giorni:

il: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

per un totale di giorni: \_\_\_\_\_

Si dichiara che la prevista certificazione è allegata alla domanda presentata in data \_\_\_\_\_

Torino, .....

FIRMA

.....



**RISERVATO ALL'UFFICIO DEL PERSONALE**

La richiesta può/non può essere accolta in quanto la/il sig. ....  
ha usufruito nel mese ..... di gg. .... per la motivazione di cui sopra.

l'assistente amministrativo Maria Grazia RAINERI  
.....

**SI CONCEDE/NON SI CONCEDE**  
IL DIRIGENTE SCOLASTICO



## DICHIARAZIONE PER L'ASSISTENZA DI FAMILIARE PORTATORE DI HANDICAP ADULTO CONVIVENTE

### DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE

Il sottoscritto ..... nato a .....

il.....(qualifica).....,

avendo chiesto di beneficiare dell' art. 33 della legge 104/1992

*dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi della legge n. 15/68,*

- di essere effettivamente convivente con .....(specificare la relazione di parentela o affinità) ....., unitamente al quale abita nel Comune di ....., Via.....
- che il/la Sig. ....non è ricoverat... a tempo pieno presso istituti di cura;
- (in caso di assistenza a genitore handicappato) che non vi sono altri fratelli/sorelle oltre al/alla sottoscritto/a, idonei/ee a prestare assistenza perché..... (motivare) e pertanto di essere l'unico/a membro della famiglia in grado di provvedere a ciò;
- che la descritta situazione risulta agli atti dell'anagrafe del Comune, avendo il sottoscritto adempiuto alle prescrizioni del' art. 13 del d.P.R. n. 223/89.

Il sottoscritto/a si impegna inoltre a comunicare tempestivamente ogni variazione dell'attuale situazione.

In fede

### DICHIARAZIONE DEGLI ALTRI FAMILIARI

Il sottoscritto o i sottoscritti (generalità) .....convivente o conviventi con il sig.....(specificare la relazione di parentela o affinità), familiare disabile, unitamente al quale abita o abitano nel Comune di ....., Via.....

*Dichiara o dichiarano sotto la propria responsabilità, ai sensi della legge n. 15/68, di non essere nelle condizioni di prestare assistenza continuativa al familiare disabile per i seguenti motivi:..... e pertanto di non avvalersi dei benefici previsti nell'art. 33 della L. n. 104/1992 e di non essersene avvalso/i in precedenza.*

In fede