



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Struttura **3200**

Dislocazione

Data, _____

Il sottoscritto _____ matr.

appartenente al Servizio _____, autorizzato fruire dei benefici di cui all'art. 33 della legge 5 febbraio 1992, n. 104,

chiede

"permesso art. 33, comma 3, L. 104/1992" (cod. 7C) per il mese di _____, per (nome e cognome parente assistito e grado di parentela) _____ con le seguenti modalità:

1. GIORNI LAVORATIVI INTERI

DATA DI FRUIZIONE	NUMERO GIORNI LAVORATIVI

2. ORE GIORNALIERE*

DATA DI FRUIZIONE	ORE GIORNALIERE RICHIESTE (DALLE ALLE)	TOTALE ORE
COMPLESSIVE ORE MENSILI		

FIRMA DIPENDENTE

IL RESPONSABILE AMM.VO
dott.ssa Loredana Bondi

Riva del Garda, _____

IL DIRIGENTE SCOLATICO
dott.ssa. Paola Bortolotti

* non cumulabili con altri permessi orari