



Data,

Il sottoscritto  matr.   
 appartenente al Servizio , autorizzato a 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 , con le seguenti  
 modalità:

**1. GIORNI LAVORATIVI INTERI**

DATA DI FRUIZIONE	NUMERO GIORNI LAVORATIVI
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2. ORE GIORNALIERE\***

DATA DI FRUIZIONE	ORE GIORNALIERE RICHIESTE (DALLE.....ALLE.....)	TOTALE ORE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>COMPLESSIVE ORE MENSILI</b>		<input type="text"/>

FIRMA DEL DIPENDENTE

Trento,

Per presa visione IL DIRIGENTE\*

\* non cumulabili con altri permessi orari  
 \* \* o coordinatore pedagogico (scuole infanzia)



**Al Servizio  
per il Personale  
SEDE**

Data, \_

OGGETTO: **FRUIZIONE PERMESSI MENSILI ART. 33 LEGGE N. 104/1992**

Si attesta che il sig.  nel mese di  ha fruito di:

n.  giornate intere per permesso retribuito art. 33 Legge n. 104/1992

n.  ore per permesso retribuito art. 33 Legge n. 104/1992.

IL DIRIGENTE\*

---

**AUTODICHIARAZIONE (\*\*)**

Il/la sottoscritto/a

dichiara inoltre che il/la Sig./a ,  (indicare il grado di parentela) cotitolare dei benefici Leg. 104/92 dipendente presso ,

nel mese di  ha usufruito di giorni  ore  di permesso di cui all'art. 33 della legge 104/92.

FIRMA DEL DIPENDENTE (\*)

\* o coordinatore pedagogico (scuole infanzia)

\*\*\* l'autodichiarazione deve essere **obbligatoriamente** resa nel caso di **cotitolarità** con altro soggetto dei benefici di cui all'art. 33, legge 104/92

\*\* Se il modulo viene presentato direttamente all'Ufficio competente, la firma va posta in presenza del dipendente addetto e non va autenticata, mentre se il modulo viene inviato per posta o per fax o tramite una terza persona, lo stesso deve essere firmato ed inviato unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità.