

**Oggetto: Comunicazione di fruizione dei benefici previsti dall'art. 33, comma 6 L.104/92, per persona portatrice di handicap**

\_ l \_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_  
nat \_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov . ( \_\_\_ )  
in servizio presso \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

in applicazione dell'art. 33, c.6 L. 104/92, come modificato dall'art. 21 del D.L. 324/93, convertito con modificazioni in L. 423/93, nonché dall'art. 3 c. 38, della L. 537/93, e dall'art. 20 della L.53/2000, di fruire di giorni n. \_\_\_\_\_ di **PERMESSO RETRIBUITO** per persona portatrice di handicap grave, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale e comunicato a codesto ufficio, nei seguenti giorni:

- **dal** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **al** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- **dal** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **al** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- **dal** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **al** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

dichiara inoltre:

- che le notizie fornite con il presente modello rispondono a verità e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali modificazioni dei dati sopraesposti:
  - ricovero a tempo pieno presso istituto specializzato;
  - variazione situazione di gravità.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma