

DOMANDA DI PERMESSI PER L'ANNO

Legge 5 Febbraio 1992, n.104, art.33. comma 3°

A	DATI RELATIVI AL/ALLA RICHIEDENTE									
COGNOME E NOME										
<div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>										
DATA DI NASCITA					COMUNE DI NASCITA					PROV.
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>					<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>					<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>
INDIRIZZO								C.A.P.		
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>								<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>		
COMUNE DI RESIDENZA										PROV.
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>										<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>
RAPPORTO DI PARENTELA CON PORTATORE DI HANDICAP					<input type="checkbox"/>	CONIUGE		<input type="checkbox"/>	PARENTE O AFFINE ENTRO IL 3° GRADO (bisnonni, nonni, padre, madre)	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>										

B	DATI RELATIVI AL PORTATORE ALLA PORTATRICE DI HANDICAP									
COGNOME E NOME										
<div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>										
DATA DI NASCITA					COMUNE DI NASCITA					PROV.
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>					<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>					<div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div>
E' RICOVERATO A TEMPO PIENO PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI					SI NO		SVOLGE ATTIVITA' LAVORATIVA			SI NO
E' CONVIVENTE CON IL/LA RICHIEDENTE					SI NO		E' PORTATORE DI HANDICAP GRAVE			SI NO
ACCERTATO DALLA USL DI					<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>					IN DATA
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>										

C	DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL/DELLA RICHIEDENTE									
<p>CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA' CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHR REDONO DICHIARAZIONE FALSE CHE LE NOTIZIE FORNITE CON IL PRESENTE MODELLO RISPONDONO A VERITA' : DICHIARA INOLTRE CHE::</p>										
NESSUN ALTRO PARENTE O AFFINE ASSISTE IL PORTATORE DI HANTICAP PORTATORE					NESSUNO DEI PARENTI E AFFINE CHE ASSISTONO IL PORTATORE DI HANDICAP BENEFICIA DI PERMESSI.					
<p>SI IMPEGNA A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE LE EVENTUALI VARIAZIONE CHE DOVESSERO INTERVENIRE NELLA SITUAZIONE SOPRA DESCRITTA.</p>										

DATA,		FIRMA DEL/DELLA RICHIEDENTE	
-------	--	-----------------------------	--