



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Mod. TSK 11 – LATO B

Struttura ISTITUTO COMPRENSIVO MORI
Dislocazione Via Giovanni XXIII, 64 – 38065 Mori Cod. S 1 2 7

*Al Servizio
per il Personale
SEDE*

Data _____

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

Si attesta che il/la sig./a _____ 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 SCOLASTICO
prof. Massimiliano Latino

AUTODICHIARAZIONE SOLO PER IPOTESI DI CONTITOLARITA'*

Il/la sottoscritto/a _____
dichiara inoltre che il/la/i Sig./a/i _____,
_____ (indicare il grado di parentela) cotitolare dei benefici Leg. 104/92 dipendente
presso _____, nel mese di _____:

☐ non ha usufruito di giorni od ore di permesso di cui all'art. 33 della legge in parola
oppure

☐ ha usufruito di giorni _____ e ore _____ (nella sola ipotesi di cotitolarità tra genitori).

VISTO
IL COORDINATORE DI PLESSO

FIRMA DEL/DELLA DIPENDENTE

* L'autodichiarazione deve essere **obbligatoriamente** resa nel caso di **cotitolarità** dei benefici di cui all'art. 33, legge 104/92 con altro parente o affine.



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Mod. TSK 11 – LATO A

Struttura ISTITUTO COMPRENSIVO MORI

Dislocazione Via Giovanni XXIII, 64 – 38065 Mori

Cod. S 1 2 7

Data _____

Il/la sottoscritto/a _____ matr.

--	--	--	--	--

appartenente al Servizio _____, autorizzato/a 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 _____, 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 DEL RICHIEDENTE

Per presa visione
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
prof. Massimiliano Latino

* non cumulabili con altri permessi orari