**Mod. 104/92 E/2 Rich. Gior. Fam.**

**Al DIRIGENTE DELLA UOC/UOSD/UOS**

_____

**Oggetto:** richiesta di permesso retribuito per la fruizione dei benefici di cui alla Legge 104/92 e s.m. .
***PERMESSO A GIORNI (3 GIORNI COMPLESSIVI NEL MESE) PER L'ASSISTENZA AL FAMILIARE DISABILE***

__l__ sottoscritt__ _____ nat_ a _____

prov. (_____) il _____ in servizio presso questa struttura, con matricola n. _____, in qualità di _____,

***CHIEDE***

in applicazione art. 33**,** comma 3, Legge 05 febbraio 1992, n° 104 e s.m., giorni n. _____ di **PERMESSO RETRIBUITO,** per assistere il proprio familiare Sig.__ _____,

in quanto portatore di handicap grave, come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale, da fruire ne__ seguent__ giorn__ del mese di _____ :

- il _____/_____/_____ ;
- il _____/_____/_____ ;
- il _____/_____/_____ ;

Luogo e data: _____

In fede

_____

**Visto**
**il Dirigente**

_____