

Oggetto: *Permesso personale L. 104/92.*

L sottoscritt_ _____,
nat_ il _____ a _____ prov. _____
e residente in via _____ n. _____
comune di _____ cap _____ prov. _____,
assunt_ a tempo indeterminato/determinato in qualità di _____
in servizio presso _____

COMUNICA

che il collegio medico dell'ASL di _____ nella seduta del
_____ ha riconosciuto _l_ sottoscritt_ portatore di handicap che necessita di
assistenza continuativa e globale, ai sensi della legge n. **104/92**, come da documentazione
acquisita agli atti di **codesto ufficio**.

CHIEDE

ai sensi dell'art. **33** della Legge **5/2/1992**, n. **104**, di usufruire:

- di giorni _____ di permesso dal _____ al _____.
- di due ore di permesso giornaliero dal _____ al _____.

Distinti saluti

Firmato _____