

**PERMESSI BENEFICI EX ART 33 L.104/92 – PROGRAMMA DI ASSISTENZA MENSILE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, agente in servizio con matricola \_\_\_\_\_ presso il gruppo operativo di \_\_\_\_\_, chiede di usufruire dei benefici previsti dalla normativa in oggetto per assistere il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_, (grado di parentela \_\_\_\_\_), nato/a \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, domiciliato (da compilare solo se il luogo dove verrà effettuata l'assistenza è diverso dalla residenza) in \_\_\_\_\_, alla Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ giudicato/a disabile con connotazione di gravità in data \_\_\_\_\_ dalla Commissione Medica costituita presso la ASL n. \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto dichiara di aver presentato presso la sede INPS di \_\_\_\_\_ la domanda di sostegno al reddito in data \_\_\_\_\_, che la stessa è stata autorizzata in data \_\_\_\_\_.

Il programma di assistenza a favore del/della sig./sig.ra \_\_\_\_\_ è articolato in base al seguente prospetto:

MESE	Giorno	Giorno	Giorno	Giorno	Giorno	Giorno

In fede

\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, alla Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, (grado di parentela) \_\_\_\_\_ del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ dipendente della STP SpA, con matricola \_\_\_\_\_ riconosciuta disabile con carattere di gravità il \_\_\_\_\_, dalla Commissione costituita presso la sede ASL n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, dichiara che il programma di assistenza è conforme alle proprie necessità.

Luogo dove verrà effettuata l'assistenza (da compilare solo se il luogo dove verrà effettuata l'assistenza è diverso dalla residenza) Città \_\_\_\_\_, provincia \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_.

In fede

\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

In ordine alla ricezione della richiesta fa fede la data del protocollo aziendale.