

**Oggetto: REVOCA/RINUNCIA benefici di cui alla Legge 05 febbraio 1992, n. 104 (per se stesso, per parente o affine).**

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_  
via / piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
domiciliato in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_  
via / piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

- DOCENTE:** INFANZIA:  AAAA  ADAA; PRIMARIA:  EEEE  ADEE;  
SECONDARIA:  \_\_\_\_\_ (A001, A049, etc)  ADSS;  
 **ATA:**  DSGA  ASSISTENTE AMMINISTRATIVO  COLLABORATORE SCOLASTICO  
a Tempo:  Indeterminato  Determinato ;  PART-TIME:  ORIZZONTALE  VERTICALE

**con la presente**

**COMUNICA**

il **venir meno**, a far data dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, dei requisiti per per usufruire dei permessi mensili ex art. 33 Legge 05 febbraio 1992, n° 104 ( comma 2 -  comma 3) per il seguente motivo:

- ricovero a tempo pieno dell'assistito Sig. \_\_\_\_\_ presso la  
struttura sanitaria \_\_\_\_\_;  
 decesso dell'assistito Sig. \_\_\_\_\_;  
 variazione del soggettobeneficiario: Sig. \_\_\_\_\_  
(Assistito)  
 altro motivo: \_\_\_\_\_.

Lì \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del dichiarante)

**Si allega:**

1. Fotocopia del documento d'identità;
2. Altro: \_\_\_\_\_;  
\_\_\_\_\_.