

Autonome Provinz Bozen
Abteilung 4 – Personal
Rittnerstr. 13
39100 BOZEN

- 4.2 Verwaltungspersonal
- 4.3 Schulpersonal
- 4.3.1 Kindergarten- und Integrationspersonal

**Bezahlte monatliche Tagesfreistellung (3 Tage)
laut Gesetz 104/92**

mit provisorischer Bescheinigung (nach 45 Tagen ab Antrag an die Sanitätseinheit)

Antragsteller/in _____ Matr. Nr. _____

geboren in _____ am _____

wohnhaft in _____ Strasse _____

ersucht

um die Gewährung der bezahlten Freistellung von 3 Tagen im Monat, laut Gesetz 104/92, für:

sich selbst

den Sohn/die Tochter _____ geb. am _____

Steuernummer Sohn/Tochter: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

den Ehegatten/die Ehefrau _____ geb. am _____

den Vater/die Mutter _____ geb. am _____

ein anderes Familienmitglied _____ geb. am _____

Verwandtschaftsgrad einführen: _____

Der/Die Unterfertigte erklärt, dass kein anderes Familienmitglied gleichzeitig genannte bezahlte monatliche Tagesfreistellung für die selbe Person beansprucht.

Verpflichtungserklärung nur im Falle von Antrag mit provisorischer Bescheinigung

Der/Die Unterfertigte verpflichtet sich, bei einer definitive negativen Bescheinigung von Seiten der Ärztekommision, die eventuell genossene Leistung in Form von Zeitausgleich/ordentlichen Urlaub/unbezahlten Wartestand zurück zu geben.

(Datum)

(Unterschrift)

=====

Gesehen und befürwortet

(Datum)

(Unterschrift des Direktors/der Direktorin)

Anlage:

Bescheinigung der Ärztekommision über die „Feststellung der Behinderung im Sinne des Artikels 3, Absatz 3, des Gesetzes vom 5. Februar 1992, Nr. 104“.

Für Anträge mit provisorischer Bescheinigung: Kopie des an die Ärztekommision der örtlichen Sanitätseinheit gestellten Antrages und geeignetes, ärztliches Zeugnis des spezialisierten, behandelnden Krankenhausfacharztes, welches die schwerwiegende Beeinträchtigung bestätigt.