

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

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

**Bezahlte tägliche Stundenreduzierung  
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 täglichen Stundenreduzierung, laut Gesetz 104/92, für:

sich selbst

den Sohn/die Tochter \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

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

**Der/Die Unterfertigte erklärt, dass kein anderes Familienmitglied gleichzeitig genannte bezahlte tägliche Stundenreduzierung oder Verlängerung der Elternzeit für das selbe Kind bis zum 3. Lebensjahr 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.