

	Amministrazione destinataria Regione Liguria Ufficio destinatario Ufficio test	
--	---	--

Domanda di permesso retribuito
Ai sensi dell'articolo 33 della Legge 05/02/1992, n. 104

Il sottoscritto											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata				
inquadrate nel seguente profilo professionale											
Figura professionale				Categoria salariale				Posizione economica			
Direzione				Servizio							

CHIEDE

di poter usufruire dei permessi retribuiti dalla Legge 05/02/1992, n.104

<input type="radio"/>	per sè stesso																																																						
<input type="radio"/>	per il seguente assistito																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cognome</th> <th>Nome</th> <th>Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>Data di nascita</th> <th>Sesso</th> <th>Luogo di nascita</th> <th>Cittadinanza</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">Residenza</th> </tr> <tr> <th>Comune</th> <th>Provincia</th> <th>Indirizzo</th> <th>Civico</th> <th>Barrato</th> <th>Scala</th> <th>Interno</th> <th>SNC</th> <th>CAP</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="9">In qualità di (*)</th> </tr> <tr> <td colspan="9"></td> </tr> </tbody> </table>		Cognome	Nome	Codice Fiscale				Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza					Residenza				Comune	Provincia	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP								<input type="checkbox"/>		In qualità di (*)																	
Cognome	Nome	Codice Fiscale																																																					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza																																																				
Residenza																																																							
Comune	Provincia	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP																																															
							<input type="checkbox"/>																																																
In qualità di (*)																																																							

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che l'assistito ha una disabilità

<input type="radio"/>	non rivedibile
<input type="radio"/>	rivedibile
	Anno di revisione

che lo assiste in quanto

<input type="checkbox"/>	coniuge della persona con handicap con età superiore a 65 anni
<input type="checkbox"/>	genitore della persona con handicap con età superiore a 65 anni
<input type="checkbox"/>	coniuge affetto da patologia invalidante
<input type="checkbox"/>	genitore affetto da patologia invalidante
<input type="checkbox"/>	coniuge deceduto o mancante
<input type="checkbox"/>	genitore deceduto o mancante

che l'assistito è un dipendente comunale con contratto

<input type="radio"/>	a tempo indeterminato
<input type="radio"/>	a tempo determinato
	Amministrazione

se il dichiarante è il genitore dell'assistito, che il figlio

<input type="radio"/>	ha più di tre anni
<input type="radio"/>	ha meno di tre anni
	Fruizione alternativa
<input type="radio"/>	no
<input type="radio"/>	sì, con
	Soggetto con cui è condivisa la fruizione del permesso
<input type="checkbox"/>	genitore
<input type="checkbox"/>	coniuge
<input type="checkbox"/>	parente o affine fino al secondo grado
<input type="checkbox"/>	parente o affine fino al terzo grado
	Il quale è un dipendente comunale
<input type="radio"/>	no
<input type="radio"/>	sì
	Amministrazione
	E lo assiste in quanto
<input type="checkbox"/>	coniuge della persona con handicap con età superiore a 65 anni
<input type="checkbox"/>	genitori della persona con handicap con età superiore a 65 anni
<input type="checkbox"/>	coniuge affetto da patologia invalidante
<input type="checkbox"/>	genitori affetti da patologia invalidante
<input type="checkbox"/>	coniuge deceduto o mancante
<input type="checkbox"/>	genitori deceduti o mancanti

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che ogni comunicazione relativa alle assenze dovranno inoltrate di volta in volta al proprio responsabile del servizio, senza la produzione di ulteriore documentazione e che eventuali variazioni alla situazione odierna verranno prontamente comunicate al servizio competente

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali	
<i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i>	
<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	Il dichiarante