

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | Amministrazione destinataria<br>Regione Emilia Romagna<br><br>Ufficio destinatario<br>Ufficio Protocollo |  |
|--|--|--|

## Domanda di autorizzazione all'uso del permesso per lutto

| 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 del permesso retribuito per lutto nei seguenti giorni

| Giorni di permesso |
|--------------------|
|                    |

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 il giorno

| Data del decesso |
|------------------|
|                  |

| è deceduto         |        |             |                  |  |  |                |         |       |         |                          |     |
|--------------------|--------|-------------|------------------|--|--|----------------|---------|-------|---------|--------------------------|-----|
| Cognome            |        |             | Nome             |  |  | Codice Fiscale |         |       |         |                          |     |
|                    |        |             |                  |  |  |                |         |       |         |                          |     |
| Data di nascita    |        | Sesso (M/F) | Luogo di nascita |  |  | Cittadinanza   |         |       |         |                          |     |
|                    |        |             |                  |  |  |                |         |       |         |                          |     |
| Residenza in vita  |        |             |                  |  |  |                |         |       |         |                          |     |
| Provincia          | Comune |             | Indirizzo        |  |  | Civico         | Barrato | Scala | Interno | SNC                      | CAP |
|                    |        |             |                  |  |  |                |         |       |         | <input type="checkbox"/> |     |
| Luogo del decesso  |        |             |                  |  |  |                |         |       |         |                          |     |
| Provincia          | Comune |             | Indirizzo        |  |  | Civico         | Barrato | Scala | Interno | SNC                      | CAP |
|                    |        |             |                  |  |  |                |         |       |         | <input type="checkbox"/> |     |
| Grado di parentela |        |             |                  |  |  |                |         |       |         |                          |     |
|                    |        |             |                  |  |  |                |         |       |         |                          |     |

**Eventuali annotazioni****Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | documentazione attestante l'avvenuto decesso  |
| <input type="checkbox"/>            | copia del documento di identità<br><i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/>            | altri allegati (specificare)  |

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |
|--------------------------|--|

|              |             |                       |
|--------------|-------------|-----------------------|
|              |             |                       |
| <b>Luogo</b> | <b>Data</b> | <b>Il dichiarante</b> |