

	Amministrazione destinataria Regione Emilia Romagna  Ufficio destinatario	
--	--	--

**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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Cognome</th> <th style="width: 25%;">Nome</th> <th style="width: 50%;">Codice Fiscale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Data di nascita</td> <td>Sesso</td> <td>Luogo di nascita</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Residenza</td> </tr> <tr> <td>Comune</td> <td>Provincia</td> <td>Indirizzo</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Civico</td> <td>Barrato</td> <td>Scala</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Interno</td> <td>SNC</td> <td>CAP</td> </tr> <tr> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">In qualità di (*)</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> </td> </tr> </tbody> </table>		Cognome	Nome	Codice Fiscale				Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita				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																																						
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

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

<b>Informativa sul trattamento dei dati personali</b>	
<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.

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