Amministrazione destinataria

Comune di Nembro

Ufficio destinatario

Segreteria e Affari Generali

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** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

inquadrato 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

- ◯ per sé stesso
- ◯ per il seguente assistito

soggetto interessato

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Titolo del dichiarante (ad esempio coniuge, genitore, familiare, ecc.)

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

- ○ non rivedibile
- ○ rivedibile

Anno di revisione

- ☐ che lo assiste in quanto
  - ☐ coniuge della persona con disabilità con età superiore a 65 anni
  - ☐ genitore della persona con disabilità con età superiore a 65 anni
  - ☐ coniuge affetto da patologia invalidante
  - ☐ genitore affetto da patologia invalidante
  - ☐ coniuge deceduto o mancante
  - ☐ genitore deceduto o mancante

- ☐ che l'assistito è un dipendente comunale con contratto
  - ○ a tempo indeterminato
  - ○ a tempo determinato

Amministrazione

- ☐ se il dichiarante è il genitore dell'assistito, che il figlio
  - ○ ha più di tre anni
  - ○ ha meno di tre anni

Fruizione alternativa

- ○ no
- ○ sì, con

Soggetto con cui è condivisa la fruizione del permesso

- ☐ genitore
- ☐ coniuge
- ☐ parente o affine fino al secondo grado
- ☐ parente o affine fino al terzo grado

Il quale è un dipendente comunale

- ○ no
- ○ si

Amministrazione

E lo assiste in quanto

- ☐ coniuge della persona con disabilità con età superiore a 65 anni
- ☐ genitori della persona con disabilità con età superiore a 65 anni
- ☐ coniuge affetto da patalogia invalidante
- ☐ genitori effetti da patologia invalidante
- ☐ coniuge deceduto o mancante
- ☐ 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 (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

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

- ☐ copia del documento di identità
  (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☐ altri allegati

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)

- ☐ 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.

Nembro		
Luogo	**Data**	**il dichiarante**