

	Amministrazione destinataria Regione Friuli Venezia Giulia	
	Ufficio destinatario Ufficio protocollo	

## 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"> <tr> <td colspan="2">Cognome</td> <td colspan="2">Nome</td> <td colspan="6">Codice Fiscale</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data di nascita</td> <td>Sesso</td> <td colspan="3">Luogo di nascita</td> <td colspan="4">Cittadinanza</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td colspan="3"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <th colspan="10">Residenza</th> </tr> <tr> <td>Comune</td> <td>Provincia</td> <td colspan="2">Indirizzo</td> <td>Civico</td> <td>Barrato</td> <td>Scala</td> <td>Interno</td> <td>SNC</td> <td>CAP</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="10">In qualità di (*)</td> </tr> <tr> <td colspan="10"></td> </tr> </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***(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

<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)

**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 dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Trieste

Luogo

Data

Il dichiarante