

	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"> <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

<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.

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