

	Amministrazione destinataria Regione Marche 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
									☐	
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

☐	per sè stesso																																																																																												
☐	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="2">Luogo di nascita</td> <td colspan="6">Cittadinanza</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="6"></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>☐</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									☐		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																																																																																				
								☐																																																																																					
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

☐	non rivedibile
☐	rivedibile
	Anno di revisione

che lo assiste in quanto

☐	coniuge della persona con handicap con età superiore a 65 anni
☐	genitore della persona con handicap 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
☐	sì
	Amministrazione
	E lo assiste in quanto
☐	coniuge della persona con handicap con età superiore a 65 anni
☐	genitori della persona con handicap con età superiore a 65 anni
☐	coniuge affetto da patologia invalidante
☐	genitori affetti 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**Elenco degli allegati***(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

☐	copia del documento d'identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
☐	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)*

☐	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.
--------------------------	--

Luogo	Data	Il dichiarante