

| | | |
|--|--|--|
| | Amministrazione destinataria Regione Veneto 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"> <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

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

| Informativa sul trattamento dei dati personali | |
|--|--|
| <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. |

| | | |
|--------------|-------------|-----------------------|
| | | |
| Luogo | Data | Il dichiarante |