



Amministrazione destinataria

Comune di Caravaggio

Ufficio destinatario

Ufficio Test

## Domanda di permesso retribuito

***Ai sensi dell'articolo 33 della Legge 05/02/1992, n. 104***

### Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					

### 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

### inquadrate nel seguente profilo professionale presso il Comune di Caravaggio

Figura professionale	Categoria salariale	Posizione economica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Direzione	Servizio	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### CHIEDE

di poter usufruire dei permessi retribuiti dalla Legge 05/02/1992, n.104

- per sè stesso
- per il seguente assistito

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, familiare, tutore legale, ecc.)									
<input type="text"/>									

nelle seguenti modalità

- tre giorni mensili di permesso retribuito
- due ore di permesso giornaliero retribuito

- tre giorni mensili di permesso retribuito
- diciotto ore di permesso retribuito

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

- di essere un dipendente comunale con contratto

- non rivedibile
- rivedibile

Data inizio rapporto / Data fine rapporto

#### 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
- che il grado di parentela e di affinità nei confronti dell'assistito è entro e non oltre il secondo grado, salvo casi particolari
- che sarà l'unico lavoratore dipendente che usufruirà dei permessi di cui all'art. 33, comma 3, della legge n.104/1992 e s.m.i per l'assistenza prestata a favore del richiedente
- che usufruirà dei permessi di cui all'art. 33, comma 3, della L. n. 104/1992 e s.m.i per l'assistenza a favore del richiedente in alternativa con altro soggetto avente titolo
- di impegnarsi a fornire di volta in volta, solo se la residenza della persona assistita è in un Comune situato a distanza stradale superiore a 150km rispetto a quella del lavoratore, apposita attestazione di raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito mediante titolo di viaggio o altra documentazione idonea
- che l'assistito non è ricoverato a tempo pieno
- di dover prescindere dalla condizione di "non ricovero" in quanto subentrante vista l'interruzione del ricovero per necessità del disabile di recarsi fuori dalla struttura che la ospita per effettuare visite o terapie
- di dover prescindere dalla condizione di "non ricovero" in quanto il richiedente è in condizione di coma vigile e/o in situazione terminale
- di dover prescindere dalla condizione di "non ricovero" in quanto il richiedente è ricoverato a tempo pieno vista la condizione di disabilità grave per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte di un genitore o di un familiare
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Amministrazione ogni qualsiasi variazione in merito a quanto dichiarato.

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)*

- certificato medico attestante situazione di handicap grave accertata ai sensi dell'art.4, comma 1, L.104/92
- copia del codice fiscale e della carta di identità del soggetto disabile
- 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.

Caravaggio

Luogo

Data

il dichiarante