

	<p>Amministrazione destinataria Comune di Sesto ed Uniti</p> <p>Ufficio destinatario Ufficio segreteria e commercio</p>	
---	---	--

**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 per il seguente assistito

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"/>	

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 avere il seguente rapporto di parentela

<input type="radio"/>	genitore
<input type="radio"/>	figlio
<input type="radio"/>	coniuge
<input type="radio"/>	convivente
<input type="radio"/>	altro parente o affine entro il secondo grado
	Descrizione
<input type="radio"/>	altro parente o affine entro il terzo grado
	Descrizione
<input type="radio"/>	altra condizione prevista dalle norme
	Descrizione

che il soggetto in situazione di disabilità grave con il quale sussiste un rapporto di parentela o affinità

<input type="radio"/>	non è coniugato
<input type="radio"/>	è vedovo
<input type="radio"/>	è coniugato ma il coniuge ha compiuto 65 anni di età
<input type="radio"/>	è coniugato ma il coniuge è affetto da patologie invalidante
<input type="radio"/>	è separato legalmente o divorziato
<input type="radio"/>	è coniugato ma in situazione di abbandono
<input type="radio"/>	ha uno o entrambi i genitori deceduti
<input type="radio"/>	ha uno o entrambi i genitori con più di 65 anni di età
<input type="radio"/>	ha uno o entrambi i genitori affetti da patologia invalidante

il sottoscritto dichiara che l'altro genitore

*(da selezionare in caso di figlio)*

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>		<b>Codice Fiscale</b>					
<b>Sesso</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Luogo di nascita</b>			<b>Cittadinanza</b>				
<b>Residenza</b>									
<b>Provincia</b>	<b>Comune</b>	<b>Indirizzo</b>	<b>Civico</b>	<b>Barrato</b>	<b>Scala</b>	<b>Interno</b>	<b>SNC</b>	<b>CAP</b>	
							<input type="checkbox"/>		
<b>Telefono cellulare</b>			<b>Telefono fisso</b>						
<b>Posta elettronica ordinaria</b>			<b>Posta elettronica certificata</b>						
<b>Figura professionale</b>		<b>Categoria salariale</b>			<b>Posizione economica</b>				
<b>Direzione</b>		<b>Servizio</b>							
<b>Usufrutto medesimo beneficio</b>									
<input type="radio"/>	usufruisce del medesimo beneficio								
<input type="radio"/>	non usufruisce del medesimo beneficio								

**DICHIARA INOLTRE**

il familiare disabile

<input type="radio"/>	non è ricoverato a tempo pieno
<input type="radio"/>	è ricoverato in come vigile e/o situazione terminale
<input type="radio"/>	è ricoverato a tempo pieno e il sottoscritto fruirà dei permessi unicamente per visite specialistiche/terapie eseguite fuori dalla struttura ospitante debitamente documentate
<input type="radio"/>	ovvero che il disabile è in situazione di gravità per il quale risulta documentato dai sanitari della struttura il bisogno di assistenza da parte del familiare
<input type="radio"/>	ovvero che il disabile si trova in stato vegetativo persistente/o con prognosi infausta a breve termine
<input type="radio"/>	è parente o affine di terzo grado e che i genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità hanno compiuto 65 anni di età oppure sono anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti
Descrizione (specificare nome, cognome, grado di parentela o affinità e la specifica condizione di cui sopra)	
<input type="radio"/>	nessun altro familiare beneficia dei permessi per lo stesso soggetto in situazione di disabilità grave

- di essere a conoscenza che il cumulo di più permessi in capo allo stesso lavoratore è ammissibile solo a condizione che il familiare da assistere sia il coniuge o un parente o un affine entro il primo grado o entro il secondo grado qualora uno dei genitori o il coniuge della persona disabile in situazione di gravità abbiano compiuto 65 anni o siano affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti
- dichiara di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico a prestare effettivamente la propria opera di assistenza nei periodi dichiarati
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita delle agevolazioni
- di essere informato che i dati personali sensibili e giudiziari sono trattati dall'Università degli Studi del Sannio esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche ed integrazioni

<b>Eventuali annotazioni</b>

<b>Elenco degli allegati</b>	
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)</i>	
<input checked="" type="checkbox"/>	copia del verbale definitivo o provvisorio della commissione medica
<input type="checkbox"/>	dichiarazione del soggetto in situazione di disabilità grave con indicazione del soggetto assistenziale
<input type="checkbox"/>	stato giuridico di divorzio o separazione
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (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 istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della

Sesto ed Uniti		
<b>Luogo</b>	<b>Data</b>	<b>Il dichiarante</b>

