

RICHIESTA PERMESSO RETRIBUITO PER ASSISTENZA A PERSONA PORTATORE DI HANDICAP GRAVE – LEGGI: 5/2/ 92 n 104 – 8/3/2000 n. 53 e D.LGS 151/2001.

Il /La sottoscritto/a _____ matricola _____

dipendente in qualità di _____ c/o la S.C.. _____

a tempo _____ TEL _____

CHIEDE

di usufruire di n _____ giorni o n _____ ore di permesso retribuito per il seguente motivo:

dal _____ al _____

Torino, _____

IL RICHIEDENTE

PRESA VISIONE

DEL DIRETTO SUPERIORE

IL DIRETTORE DELLA
STRUTTURA COMPLESSA

DEL RESPONSABILE
DELLA DIREZIONE SANITARIA

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____, ai sensi dell'art. 46 o 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del suddetto D.P.R.

DICHIARA

che il familiare _____ grado di parentela _____ durante

il suddetto periodo non sarà ricoverato c/o Istituti pubblici o privati specializzati e/o ricoveri ordinari.

Dichiaro inoltre di essere l'unico parente entro il terzo grado o affine ad assisterlo in via continuativa ed esclusiva.

Torino, _____

(firma)

Parte riservata all'ufficio

CAUSALE _____ DAL _____ AL _____ GG. _____ al 100%