



CITTA' DI SANTA MARINELLA
PROVINCIA DI ROMA

PERMESSO RETRIBUITO PER ASSISTENZA FAMILIARI DISABILI IN CONDIZIONE DI
GRAVITA'

(art. 33, L. 104 / 1992; art. 42, D.Lgs. 151 /2001; art. 20 L. 53 /2000; art. 24 L. 183 del 4/11/2010)

Al Responsabile del Servizio

Il sottoscritto _____ dipendente con contratto a tempo:

determinato dal _____ al _____

indeterminato

part-time

full-time

assegnato al Servizio _____ cat. _____,

CHIEDE

di essere autorizzato a fruire di n. _____ giorno/iⁱ di permesso retribuito per assistenza familiare dal _____ al _____

OPPURE

di essere autorizzato a fruire di un permesso retribuito per assistenza familiare dalle oreⁱⁱ _____ alle ore _____ del giorno _____

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 , consapevole delle responsabilità di natura penale che potrebbero derivare in caso di dichiarazione mendace:

- di non avere già usufruito nel corso del corrente mese di giorni di permesso retribuito.
- di avere già usufruito nel corso del corrente mese di giorni _____ di permesso retribuito.
- di avere già usufruito nel corso del corrente mese di ore _____ di permesso retribuito.

Il/La dipendente

Santa Marinella, data _____

VISTO: Il Responsabile del Servizio

Data

ⁱ Il dipendente ha diritto a tre giorni di permesso retribuito al mese.

ⁱⁱ Tali permessi possono essere fruiti anche ad ore nel limite di 18 ore mensili.