



**CITTA' DI SANTA MARINELLA  
PROVINCIA DI ROMA**

**PERMESSO RETRIBUITO PER LUTTO**

(articolo 19, comma 1, secondo alinea, del C.C.N.L. 6 luglio 1995; articolo 4, comma 1, della legge 8 marzo 2000, n. 53; articoli 7, comma 10, lett. e) e 18, commi 1 e 2, del C.C.N.L. 14 settembre 2000; articoli 1 e 3 del D.M. 21 luglio 2000, n. 278)

Al Responsabile del Servizio

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
dipendente con contratto a tempo:

- |                                     |                                 |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> indeterminato | <input type="radio"/> pieno     |
| <input type="radio"/> determinato   | <input type="radio"/> part time |

**CHIEDE**

di fruire di n. \_\_\_\_\_ giorno/i di permesso retribuito<sup>1</sup> per lutto dal \_\_\_\_\_  
al \_\_\_\_\_ e a tal fine, consapevole delle responsabilità penali in caso di  
dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R.  
445/2000, dichiara che in data \_\_\_\_\_ è deceduto il sig./ra  
\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente nel comune di \_\_\_\_\_ proprio  
\_\_\_\_\_.

Santa Marinella, data \_\_\_\_\_

Il/La dipendente

VISTO: Il Responsabile del Servizio

Data

<sup>1</sup> Al personale a tempo indeterminato spettano 3 gg. per evento in caso di decesso di coniuge, parente entro il secondo grado (genitori, figli, fratelli, sorelle, nonni e nipoti [figli dei figli]), affine entro il primo grado (suoceri, generi e nuore) o convivente anagrafico. Al personale a tempo determinato spettano 3 gg. l'anno in caso di decesso di parente entro il secondo grado o convivente anagrafico.

<sup>2</sup> Indicare il grado di parentela/affinità/la convivenza anagrafica

La presente richiesta dovrà essere inviata al Servizio Personale per gli ulteriori adempimenti