

Al Dirigente del Servizio

e,p.c. Ufficio Personale

SEDE

OGGETTO: Richiesta di permesso retribuito gravi motivi familiari art. 33.

Il/la sottoscritto/a,
nato/a a, il/...../....., residente a, via
....., n., con rapporto di lavoro a tempo
 indeterminato, determinato, pieno, parziale, inquadrato nella cat. _____, posizione
economica, profilo professionale
in relazione a quanto disposto:

- dall'art. 33,co. 4, C.C.N.L. 21 maggio 2018;
- dall'art. 4,co. 1, Legge 8 marzo 2000, n. 53;
- dall'art. 2 del D.M. 21 luglio 2000, n. 278;

e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi
ai
sensi dell'art. 76, D.P.R. n. 445/2000, nonché della decadenza dagli eventuali benefici acquisiti in
caso di
non veridicità del contenuto della dichiarazione ai sensi dell'art. 75, D.P.R. n. 445/2000

CHIEDE

un periodo di congedo di n. giorni (max. 3), con decorrenza dal/...../..... fino
al...../...../....., per il seguente motivo:

- decesso di un soggetto componente la famiglia anagrafica, ove non ricompreso nella fattispecie prevista dall'art. 31, C.C.N.L. 21 maggio 2018;
- grave infermità del coniuge, anche legalmente separato, o di un parente entro il secondo grado, anche non convivente, o di un soggetto componente la famiglia anagrafica, e nello specifico:
 - 1) patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, posttraumatica, neurologica, neuromuscolare, psichiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche;
 - 2) patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali;
 - 3) patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario;
 - 4) patologie dell'infanzia e dell'età evolutiva aventi le caratteristiche di cui ai precedenti numeri 1, 2 e 3 o per le quali il programma terapeutico e riabilitativo richiede il coinvolgimento dei genitori o del soggetto che esercita la potestà.

ALLEGA

(nel caso di patologia di cui all'articolo 2, co. 1, lett.d), D.M. n. 278/2000): idonea documentazione del medico specialista del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato o del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta o della struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico.

(quando l'evento che dà titolo al permesso o al congedo è il decesso): certificato di morte o dichiarazione sostitutiva.

....., lì...../...../.....

Il/La dipendente

.....

Il sottoscritto responsabile del servizio, visti gli atti d'ufficio,

CONCEDE

Il periodo di permesso retribuito per gravi motivi familiari dal/...../....., al/...../.....

....., lì...../...../.....

Il Responsabile del Servizio
