



Amministrazione destinataria
Comune di Cologno Monzese

Ufficio destinatario
Risorse umane ed organizzazione

Domanda di permesso retribuito

Ai sensi dell'articolo 33 della Legge 05/02/1992, n.104

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
Residenza								
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				

dipendente del Comune di Cologno Monzese

Figura professionale	Categorie sanitarie	Posizione economica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Area	Direzione	Servizio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CHIEDE

di poter usufruire dei permessi retribuiti dalla Legge 05/02/1992, n.104

- per se stesso
- per l'assistito

Cognome	Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Lavoratore
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

DICHIARA

- di essere a conoscenza che ogni comunicazione relativa alle assenze dovranno inoltrate di volta in volta al proprio responsabile del servizio, senza la produzione di ulteriore documentazione e che eventuali variazioni alla situazione odierna verranno prontamente comunicate al Servizio Gestione e Sviluppo rapporti di lavoro

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Cogno Monzese

Luogo

Data

Il dichiarante

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- scheda informativa sulla persona assistita
- copia del verbale della commissione medica
- copia del documento d'identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- 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 presentazione della pratica.