

Al Direttore dell'U.O.C Risorse Umane  
A. O. "Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello"  
Viale Strasburgo, 233  
90146 PALERMO

OGGETTO: domanda di Congedo Straordinario Retribuito di due anni per assistere il figlio con handicap grave a sensi dell'art. 42 comma 5 – Decreto Legislativo del 26.03.2001 n. 151.

**GENITORE RICHIEDENTE**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ indirizzo  
\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ con recapito telefonico  
e cell. \_\_\_\_\_, mail  
\_\_\_\_\_ n. di matricola \_\_\_\_\_ dipendente di  
codesta Azienda *Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello* presso il (Dipartimento/Distretto/U.O.)  
\_\_\_\_\_ in servizio presso il P.O.  
\_\_\_\_\_ con la posizione funzionale di  
\_\_\_\_\_ già autorizzato a beneficiare dei 3  
giorni retribuiti per assistere il proprio figlio/fratello/sorella con provvedimento del Direttore del  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in regime di part-time

**CHIEDE**

di poter usufruire di gg. \_\_\_\_ mesi \_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ di Congedo Straordinario di due anni spettante ai genitori o affidatari di persone in condizione di disabilità grave e della relativa indennità per assistere il figlio con handicap grave a sensi dell'art. 42 T.U. sulla maternità e paternità Decreto Legislativo del 26.03.2001 n. 151 Sig. \_\_\_\_\_ nat \_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, riconosciuto portatore di handicap grave dalla competente Commissione Medica nella seduta del \_\_\_\_\_.

A tal fine allega alla presente:

- copia conforme all'originale del Verbale di Visita Medica L. 104/92;
- autocertificazione dello stato di famiglia;
- dichiarazione di responsabilità del dipendente richiedente;
- dichiarazione di responsabilità del disabile;
- dichiarazione di responsabilità del genitore non richiedente;
- dichiarazione di responsabilità dei fratelli non richiedenti;
- copia documento di identità in corso di validità del dipendente richiedente;
- copia documento di identità in corso di validità del disabile;
- copia documento di identità dei fratelli non richiedente;
- copia documento di identità del genitore non richiedente;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(N.O del Responsabile dell'U.O.C. di appartenenza )

\_\_\_\_\_  
(Timbro e firma)

Al Direttore dell'U.O.C. Risorse Umane  
A. O. "Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello"  
Viale Strasburgo, 233  
90146 PALERMO

Il sottoscritt<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ con documento d'identità Tipo \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_  
in servizio presso " \_\_\_\_\_ " recapito  
\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ matricola aziendale \_\_\_\_\_  
**consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste dal D.P.R. 28.12.2000  
n. 445 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti di cui  
all'art.46-47 del citato D.P.R., e sotto la propria personale responsabilità**

**DICHIARA**

**DI NON PRESTARE SERVIZIO SEUS 118 PER IL PERIODO RICHIESTO  
DI CONGEDO RETRIBUITO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_.**

**CORDIALI SALUTI.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Allega copia del documento d'identità.

## AUTOCERTIFICAZIONE DEL DISABILE

\_l\_sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

nat\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

occupazione \_\_\_\_\_ **consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste dal D.P.R. 28.12.2000 n. 445 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R., e sotto la propria personale responsabilità**

### DICHIARA

- di essere in condizioni di disabilità grave (art. 4, comma 1 della Legge 104/92) accertata dalla Commissione A.S.P. di \_\_\_\_\_ nella seduta del \_\_\_\_\_;
- di essere assistit\_ con carattere di sistematicità ed adeguatezza dal padre / madre / fratello / sorella convivente/non convivente Sig. \_\_\_\_\_ da me scelt\_ per la propria assistenza, \_l\_ quale ha chiesto di poter usufruire del Congedo Retribuito di due anni per assistere il figlio/fratello con handicap grave a sensi dell'art. 42 comma 5 – Decreto Legislativo del 26.03.2001 n. 151;
- che altri familiari conviventi/non conviventi, non hanno né chiesto né beneficiano del Congedo Retribuito di due anni per assistere il figlio/fratello con handicap grave a sensi dell'art. 42 comma 5 – Decreto Legislativo del 26.03.2001 n. 151;
- **di non essere ricoverat\_ a tempo pieno;**
- **di non essere impegnat\_ in attività lavorative, di essere in pensione ovvero** \_\_\_\_\_ -

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento)

=====

Dichiarazione di chi non sa o non può firmare

Il richiedente dei benefici di cui alla L. 104/92 e successive modificazioni ed integrazioni, Sig. \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ dichiara che il disabile a cui deve prestare assistenza si trova nella seguente situazione:  che non sa firmare  che non può firmare a causa di un impedimento.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

N.B.: Allegare documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

## DICHIARAZIONE DEL GENITORE RICHIEDENTE

\_l\_sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

**consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste dal D.P.R. 28.12.2000 n. 445 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R., e sotto la propria personale responsabilità**

### DICHIARA

- di essere convivente con il figlio (o persona in affidamento) minorenni in condizione di grave disabilità;
- di non essere convivente con il figlio (o persona in affidamento) maggiorenne (\*) in condizione di grave disabilità, ma di svolgere con sistematicità e adeguatezza l'assistenza all\_ /stess\_;
- che mio figlio non è coniugato o non convive con il coniuge;
- che il coniuge di mio figlio/a non svolge attività lavorativa o è lavoratore autonomo
- che il coniuge di mio figlio/a non ha mai usufruito di giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave;
- che il coniuge di mio figlio/a ha usufruito di n. \_\_\_\_ giorni di congedo straordinario per la stessa persona in condizione di disabilità grave;
- che il coniuge di mio figlio/a non ha chiesto per la stessa persona in condizione di disabilità grave, nei periodi indicato di congedi straordinari retribuiti e non intende richiederli negli stessi periodi;
- che l'altro genitore convivente non hanno mai usufruito di giorni di Congedo Retribuito di due anni;
- che gli altri fratelli hanno usufruito di n. \_\_\_\_ giorni di Congedo Retribuito di due anni per la stessa persona in condizioni di disabilità grave;
- che l'altro genitore e/o fratelli conviventi hanno espressamente rinunciato alla fruizione del congedo per assistere il familiare disabile convivente/non convivente;
- **di avere già usufruito di congedi straordinari retribuiti per ALTRO SOGGETTO DISABILE**  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per giorni \_\_\_\_/730 c/o \_\_\_\_\_;
- di essere convivente con il coniuge \_\_\_\_\_ in condizione di grave disabilità e svolgere con sistematicità e adeguatezza l'assistenza all\_ /stess\_;
- **di avere già usufruito di congedi straordinari retribuiti per lo stesso soggetto disabile** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_; presso l'Azienda \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ matricola aziendale \_\_\_\_\_;
- **che nessun altro familiare avente titolo abbia fruito di congedo retribuito biennale per lo stesso soggetto disabile;**
- **che altro familiare avente titolo abbia fruito di congedo retribuito biennale per lo stesso soggetto disabile**  
**coniuge** \_\_\_\_\_ **per il quale il RICHIEDENTE chiede il congedo retribuito biennale dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per giorni \_\_\_\_/730 c/o**  
\_\_\_\_\_;

- di avere usufruito di congedo straordinario non retribuito per “gravi e documentati motivi familiari”(art. 4 comma 2, Legge n. 53/2000) presso l’Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ matricola aziendale \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;
- **di essere a conoscenza di poter usufruire del Congedo Retribuito, nel caso sussistano tutti i requisiti, dopo aver presentato formale richiesta e aver ricevuto la relativa determina e nota di concessione;**
- **Qualora intervenissero variazioni rispetto quanto dichiarato in sede di domanda,** vi è l’obbligo da parte della S.V. di comunicare le eventuali variazioni. Tale comunicazione deve essere tempestiva e in ogni caso deve avvenire entro i 5 giorni dal mutamento intervenuto, con la produzione di una nuova dichiarazione sostitutiva ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000 relativamente la punibilità delle dichiarazioni mendaci ai sensi del codice penale e delle leggi in materia;
- **Requisito indispensabile per la fruizione del beneficio, resta l’assenza di ricovero a tempo pieno da parte della persona con disabilità che riceve assistenza e la convivenza con lo stesso;**
- Si precisa che l’INPS, provvederà alla verifica a campione delle situazioni dichiarate dai lavoratori richiedenti i permessi in argomento;
- **Di non/prestare servizio SEUS**
- **Di non prestare servizio seus 118 per il periodo richiesto di congedo retribuito dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;**
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ . -

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

N.B.: Allegare documento di riconoscimento in corso di validità.

(\*) La convivenza non è necessaria se il figlio o (affidato) in condizione di disabilità grave è minorenne.

In caso di adozione/affidamento data del provvedimento \_\_/\_\_/\_\_ rilasciato dal Tribunale di \_\_\_\_\_ Provvedimento n. \_\_\_\_\_

## AUTOCERTIFICAZIONE DELL'ALTRO GENITORE DEL DISABILE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ in servizio  
presso l'Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Recapito  
\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ matricola aziendale \_\_\_\_\_

**consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste dal D.P.R. 28.12.2000 n. 445 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R., e sotto la propria personale responsabilità**

### DICHIARA

di non avere chiesto né di beneficiare del Congedo Retribuito di due anni per assistere il figlio con handicap grave a sensi dell'art. 42 comma 5 – Decreto Legislativo del 26.03.2001 n. 151 Sig./ra \_\_\_\_\_ nat \_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_;

di avere fruito del Congedo Retribuito di due anni per assistere il figlio con handicap grave a sensi dell'art. 42 comma 5 – Decreto Legislativo del 26.03.2001, 151 Sig./ra \_\_\_\_\_ nat \_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_, per i seguenti periodi: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

di rinunciare alla fruizione del Congedo Retribuito di due anni per assistere il figlio con handicap grave a sensi dell'art. 42 comma 5 – Decreto Legislativo del 26.03.2001 per assistere il proprio figlio portatore di handicap grave, Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, nel periodo richiesto e fruito d'altro genitore Sig. \_\_\_\_\_ (marito/moglie).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento)

=====

Dichiarazione di chi non sa o non può firmare

Il richiedente dei benefici di cui alla L. 104/92 e successive modificazioni ed integrazioni, Sig. \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ dichiara che il disabile a cui deve prestare assistenza si trova nella seguente situazione:  che non sa firmare  che non può firmare a causa di un impedimento.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

N.B.: Allegare documento d'identità in corso di validità del dichiarante.

**AUTOCERTIFICAZIONE**  
**DEL FRATELLO/SORELLA DEL DISABILE NON RICHIEDENTE**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_  
in servizio presso l'Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Recapito \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ matricola aziendale \_\_\_\_\_

**consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste dal D.P.R. 28.12.2000 n. 445 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R., e sotto la propria personale responsabilità**

**DICHIARA**

di non avere chiesto né di beneficiare del Congedo Retribuito di due anni per assistere il figlio con handicap grave a sensi dell'art. 42 comma 5 – Decreto Legislativo del 26.03.2001, per assistere il proprio fratello/sorella portatore handicap grave, Sig./ra \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_;

di avere fruito del Congedo Retribuito di due anni per assistere il figlio con handicap grave a sensi dell'art. 42 comma 5 – Decreto Legislativo del 26.03.2001, per assistere il proprio fratello/sorella portatore handicap grave, Sig./ra \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
per i seguenti periodi: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;

di rinunciare alla fruizione del Congedo Retribuito di due anni per assistere il figlio con handicap grave a sensi dell'art. 42 comma 5 – Decreto Legislativo del 26.03.2001, per assistere il proprio genitore portatore handicap grave, Sig./ra \_\_\_\_\_ nat  
\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_-

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato, la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente alla fotocopia di un documento di riconoscimento)

N.B.: Allegare documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante.

# AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI FAMIGLIA

(Art.46 – lettera f - D.P.R - 28 Dicembre 2000, n.445)

\_/l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000),

## D I C H I A R A

che la propria famiglia residente in \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(comune) (provincia)

via/piazza \_\_\_\_\_ è così composta:  
(indirizzo e numero civico)

### Oltre al dichiarante

\_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) nato/a in il (rapp.parentela con il dich.)

\_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) nato/a in il (rapp.parentela con il dich.)

\_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) nato/a in il (rapp.parentela con il dich.)

\_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) nato/a in il (rapp.parentela con il dich.)

\_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) nato/a in il (rapp.parentela con il dich.)

\_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) nato/a in il (rapp.parentela con il dich.)

Il dichiarante ai sensi del D.lgs. n.196/2003 autorizza la raccolta dei presenti dati per il provvedimento in corso.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma del/la dichiarante

Secondo il succitato D.P.R. del 28 Dicembre 2000 n.445 costituisce violazione dei doveri d'ufficio la mancata accettazione delle dichiarazioni della presente certificazione (autocertificazione) rese a norma delle disposizioni di cui all'art.46 D.P.R. 28/12/2000 n.445. Ai sensi dell'art.38, D.P.R. 28/12/2000 la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite incaricato oppure a mezzo posta.



Sede Legale Viale Strasburgo n.233 90146 Palermo Tel 0917801111 P.I. 05841780827  
**U.O.C. Risorse Umane**

### **Informativa Privacy e consenso al trattamento dei dati sensibili.**

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto legislativo 30/06/2003 n.196, "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati personali ordinari, sensibili e giudiziari eventualmente resi o trattati da codesta U.O.C. Risorse umane e Affari Generali sono raccolti esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali, per finalità strettamente connesse al procedimento amministrativo e per l'esecuzione delle operazioni relative ai benefici richiesti dal dipendente.

A tal fine i dati potranno essere trasmessi a soggetti terzi (nonché al Ministero della Funzione Pubblica, Polizia Municipale) che svolgono funzioni strettamente connesse alla fruizione dei benefici richiesti.

Il trattamento sarà effettuato attraverso l'utilizzazione di strumenti informatici, telematici e cartacei per i quali sono impiegate misure di sicurezza idonee a garantire la riservatezza e ad evitarne l'accesso a soggetti non autorizzati, in conformità alle norme di legge e regolamenti.

Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, pertinenza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza dei dipendenti e dei loro diritti.

In qualunque momento l'utente può far valere i diritti previsti dal Decreto legislativo 30/06/2003 n.196, in particolare:

- richiedere la conferma dei dati personali che lo riguardano;
- riceverne comunicazione intellegibile,
- avere informazioni circa la logica e le finalità del Trattamento;
- richiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione;
- richiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati in violazione della legge, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti;
- opporsi in tutto o in parte al trattamento dei dati personali sebbene pertinenti allo scopo della raccolta.

#### **CONSENSO**

Il sottoscritto preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto Legislativo 30/06/2003 n.196 acconsente, all'istruzione, alla definizione, e alla comunicazione inerente la richiesta dei benefici:

1. al trattamento di eventuali dati sensibili;
2. al trasferimento dei propri dati personali;
3. alla comunicazione dei propri dati sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di recapito, di archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti;
4. alla comunicazione dei propri dati sensibili ad altri Enti ed Amministrazioni Pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Consapevole che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire la richiesta il sottoscritto consente al trattamento dei propri dati personali e sensibili.

**Di essere consapevole che il 25 maggio 2018 è stata la data di avvio del GDPR, il testo del nuovo regolamento sulla privacy definito come una vera e propria riforma nell'ambito delle regole sul trattamento dei dati.**

**Nuovi adempimenti e obblighi per professionisti ed imprese che, in caso di violazione delle nuove regole privacy 2018 saranno sottoposti a pesanti sanzioni amministrative e penali.**

\_\_\_\_\_

firma del dipendente richiedente

\_\_\_\_\_

firma del portatore di handicap

\_\_\_\_\_

Data

Al Responsabile  
dell'U.O.C. Risorse Umane  
A. O. "Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello"  
Viale Strasburgo, 233  
90146 PALERMO

Il sottoscritt<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ con documento d'identità Tipo \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_  
in servizio presso " \_\_\_\_\_ " recapito  
\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ matricola aziendale \_\_\_\_\_

**consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste dal D.P.R. 28.12.2000  
n. 445 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti di cui  
all'art.46-47 del citato D.P.R., e sotto la propria personale responsabilità**

**DICHIARA**

<sup>2</sup> Allega copia del documento d'identità.