

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

PALERMO _____

Il sottoscritt¹ _____ 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

**CHE IL PROPRIO FAMILIARE _____
_____ PER IL QUALE HA CHIESTO IL CONGEDO RETRIBITO
BIENNALE, CONCESSO CON GIUSTO PROVVEDIMENTO N. _____ DEL
_____ SI TROVA RICOVERATO DAL _____ PRESSO

_____ E NECESSITA' COMUNQUE
DELL'ASSISTENZA DI UN FAMILIARE CONGIUNTO², SI ALLEGA PERTANTO LA
DOCUMENTAZIONE DI SUPPORTO.**

Firma

¹ Allega copia del documento d'identità.

² ipotesi che fa eccezione Circolare INPS n. 32/2012