

Imola, li

**RICHIEDA DI PERMESSO RETRIBUITO PERSONALE DIPENDENTE AREA COMPARTO A TEMPO  
DETERMINATO CON CONTRATTO DI LAVORO DI DURATA INFERIORE A 6 MESI CONTINUATIVI**

Il/La sottoscritt [redacted] matricola N. [redacted]  
dipendente in qualità di [redacted]  
in servizio presso U.O. [redacted]  
residente/domiciliato a [redacted] Via [redacted] n. [redacted]  
telefono cellulare [redacted]

**CHIEDE**

di usufruire di permessi retribuiti dal [redacted] al [redacted]  
per il seguente motivo (indicare sempre la motivazione)

Permesso L.53/2000 gravi motivi familiari/decesso

Lutto (massimo 3 giorni entro 7 giorni dall'evento, anche non continuativi)

Dichiaro che il familiare [redacted] nato/a il [redacted],  
è deceduto il [redacted] nel comune di [redacted]

Legame di parentela/affinità con il familiare (selezionare obbligatoriamente)

- |                                           |                                       |                                                             |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coniuge          | <input type="checkbox"/> Nonno/a      | <input type="checkbox"/> Convivente (stesso stato famiglia) |
| <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella | <input type="checkbox"/> Genitore     | <input type="checkbox"/> Suocero/a                          |
| <input type="checkbox"/> Figlio/a         | <input type="checkbox"/> Genero/Nuora | <input type="checkbox"/> Nipote (figlio del figlio)         |

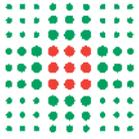
Ricovero del familiare presso strutture ospedaliere pubbliche o private

Dichiaro che il familiare sign./a [redacted] nato/a a [redacted] il  
[redacted], è stato ricoverato nel periodo dal [redacted] al [redacted] presso la  
struttura [redacted] in località [redacted].

*per le strutture private, si allega certificato di ricovero*

Legame di parentela/affinità con il familiare (selezionare obbligatoriamente)

- |                                           |                                   |                                                             |
|-------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coniuge          | <input type="checkbox"/> Nonno/a  | <input type="checkbox"/> Convivente (stesso stato famiglia) |
| <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella | <input type="checkbox"/> Genitore | <input type="checkbox"/> Suocero/a                          |



Figlio/a                       Genero/Nuora                       Nipote (figlio del figlio)

Permesso esami prenatali (*art. 14 L. 151/2001*)

Allega la seguente documentazione

Matrimonio celebrato il:

Allega la dichiarazione

\_\_\_\_\_  
(Firma)

VISTO, SI AUTORIZZA

Il Direttore dell'U.O./Servizio/Il Coordinatore di U.O

\_\_\_\_\_  
(Firma)