

Al Responsabile del Servizio Personale
ASSL Cagliari

Il/la sottoscritto/a nato a il .../.../....

Posizione funzionale..... a tempo indeterminato a tempo determ.

In forza il P.O. e residente in.....

c.a.p..... via

CHIEDE

Di fruire per il periodo dal al gg.

del congedo straordinario spettante, ai sensi dell'art. 42, comma 5 del D.lgs 151/2001 ed in conformità a quanto disposto dalla Corte Costituzionale con Sentenza del 18 aprile 2007, n. 158, per prestare assistenza al proprio familiare (indicare la parentela).....

DICHIARA

Che il/la sig.sig.ra nato/a a.....
.....

Prov.....il.....

- è in condizione di handicap grave
 non è ricoverato a tempo pieno
 non è impegnato in attività lavorativa

ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze penali e civili per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità e si impegna ad utilizzare il congedo richiesto per l'effettiva assistenza del/la proprio/a, a comunicare le eventuali variazioni che dovessero intervenire in merito alle notizie o situazioni sopra riportate ed allegate, ed inoltre in caso di ricovero a tempo pieno dell'assistito si impegna a comunicare tempestivamente tale circostanza.

Data

firma

Firma e timbro del Responsabile dell'Unità Operativa
