



Amministrazione destinataria
Comune di Cappelletto sul Tavo
Ufficio destinatario
Ufficio Protocollo

Domanda di autorizzazione all'uso del permesso per lutto

Il sottoscritto

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

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

inquadramento nel seguente profilo professionale

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Figura professionale | Categoria salariale | Posizione economica |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Direzione | Servizio | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

CHIEDE

di poter usufruire del permesso retribuito per lutto nei seguenti giorni

| |
|----------------------|
| Giorni di permesso |
| <input type="text"/> |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che il giorno

| |
|----------------------|
| Data del decesso |
| <input type="text"/> |

è deceduto

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso

Luogo di nascita

Cittadinanza

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

☐

CAP

Luogo del decesso

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Interno

Scala

Piano

SNC

☐

CAP

Grado di parentela

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

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

☒ documentazione attestante l'avvenuto decesso

☐ copia del documento di 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.

Cappelle sul Tavo

Luogo

Data

il dichiarante