



AVVISO AI DIPENDENTI

Si ricorda alle SS.LL. che entro il 31.12.2017, dovrà pervenire alla **Direzione Amministrazione Personale** la dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR n. 445/2000 e s.m.i., prevista dall'art. 5 del Regolamento Aziendale per la fruizione dei permessi ex legge n. 104/1992 e s.m.i., **pena la sospensione dal diritto previsto.**

Si precisa che il modello predisposto per la dichiarazione sostitutiva potrà essere richiesto presso le Direzioni delle Macro Strutture ed è inoltre disponibile on line sul sito aziendale alla voce "PER IL PERSONALE".

INFO: Tel. 0744-901448 e 0744-901432

IL Direttore
Amministrazione del Personale
Dott. Piero Carsini



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di CERTIFICAZIONI

(artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____, il
_____ residente a _____ via/piazza _____
n° _____ recapito telefonico _____,

dipendente di Codesta Azienda in qualità di _____, in
servizio presso _____, sede di _____,
consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci
dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

che permangono i presupposti previsti dalla normativa vigente per la fruizione dei permessi ex art.
33 L. n. 104/1992 e s.m.i., già attestati all'atto della presentazione dell'istanza di accesso ai
benefici.

FRUIZIONE: per se stesso per altro soggetto (contrassegnare l'ipotesi che ricorre)

Data _____

Firma _____

DATI ASSISTITO (solo per assistenza altro soggetto):

- cognome e nome _____
- data e luogo di nascita _____
- codice fiscale _____ grado di parentela _____
- residenza _____ (indirizzo completo)

Data _____

Firma _____

N.B. compilare il presente modulo in ogni sua parte

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2
tel. 0744 20 41 / fax 0744 30 36 39

Sede Legale (provvisoria)
05100 - Terni Viale D. Bramante 37

(l.r. n.18/12.11.2012)
p.iva / c.f. 01499590550