Permessi mensili retribuiti L.104/92 Mod. "**P**"

Il/la sottoscritto/a

Dati Anagrafici	**Qualifica**																					
	Cognome Nome																					
	Nato il									**a**												
	In servizio presso																					

In relazione al provvedimento n°_____ del ___/___/_____ concessivo del beneficio dei permessi mensili retribuiti di cui all'art. 3, comma 3, L. 104/92, emesso dal Sig. Questore di Roma, in base all'istanza di permessi mensili retribuiti ai sensi della L.104/92 datata ___/___/_____, nonché alle innovazioni normative introdotte dal Decreto legislativo 30 giugno 2022, n.105, richiamate dalla Circolare Ministeriale n.333-ORD/0003207 del 12/08/2022, **consapevole della responsabilità penale ed amministrativa** cui va incontro in caso di dichiarazioni mendaci a norma degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 - 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, **fornisce i seguenti elementi informativi in aggiornamento/conferma di quanto già dichiarato**. A tal fine **DICHIARA**

(compilare le parti interessate e barrare quelle di non interesse)

☐ di essere residente anagraficamente in……..……
☐ di essere domiciliato in……..
☐ di essere coniugato con: cognome……..…….....nome…..…… nato/a il ___/___/_____
a…….. residente in……..…….…… domiciliato/a in……...……..……

di avere il seguente rapporto di parentela/affinità con la persona con handicap artt.74-78 c.c. ☐ parente ☐ affine **GRADO**……
specificare il tipo di parentela o di affinità……..
(La parentela è il vincolo tra le persone che discendono da uno stesso stipite - **l'affinità** è il vincolo tra un coniuge e i parenti dell'altro coniuge)

GENERALITA' DELLA PERSONA CON HANDICAP

cognome…….....nome…..…… nato/a il ___/___/_____ a……..
residente in…….……...……... domiciliato/a in……...……..……
codice fiscale……... stato civile ……..
riconosciuto/a affetto/a da handicap grave art.3 co.3 con verbale rilasciato in data ___/___/_____ da……..…
con rivedibilità in data ___/___/_____ ☐ non rivedibile ☐ altre notizie……..

A **PARTE RISERVATA AL CASO DI PARENTE/AFFINE ENTRO IL TERZO GRADO**

Generalità del ☐ **coniuge** ☐ **parte di un'unione civile** ☐ **convivente di fatto** (con registrazione nel comune di ……..…….)
della persona con handicap
cognome…….....nome…..…… nato/a il ___/___/_____ a……..
C.F……..... residente in…….……..... domiciliato/a in……..
……..…… ☐ con più di 65 anni ☐ deceduto ☐ mancante (motivo ……....……..)
☐ affetto/a da patologie invalidanti (come da certificazione allegata rilasciata il ___/___/____ da ……..)

Generalità del <u>padre</u> della persona con handicap
cognome…….....nome…..…… nato/a il ___/___/_____ a……..
C.F……..... residente in…….……..... domiciliato/a in……..
……..…… ☐ con più di 65 anni ☐ deceduto ☐ mancante (motivo……....……..)
☐ affetto/a da patologie invalidanti (come da certificazione allegata rilasciata il ___/___/____ da ……
……..)

Generalità della <u>madre</u> della persona con handicap
cognome…….....nome…..…… nato/a il ___/___/_____ a……..
C.F……..... residente in…….……..... domiciliato/a in……..
……..…… ☐ con più di 65 anni ☐ deceduto ☐ mancante (motivo……....……..)
☐ affetto/a da patologie invalidanti (come da certificazione allegata rilasciata il ___/___/____ da ……)

B **PARTE RISERVATA AL CONIUGE E AI PARENTI/AFFINI DI PRIMO-SECONDO-TERZO GRADO**

<u>Generalità di altri famigliari aventi diritto che hanno chiesto e fruiscono dei permessi per la stessa persona con handicap</u> ☐ **NO**

☐ **SI**: cognome…….....nome…..…… nato/a il ___/___/_____ a……..
C.F……..... residente in…….……... domiciliato/a ……..
in…….. ……. grado di parentela ……... tipo di parentela ……
Fruisce dal ___/___/_____ Datore di lavoro ….……
indirizzo del datore di lavoro …….. Pec/mail..……
Telefono ufficio del personale del datore di lavoro……...…….

Il sottoscritto <u>è consapevole di dover comunicare al proprio ufficio di appartenenza immediatamente qualsiasi variazione di quanto sopra dichiarato, interrompendo la fruizione dei permessi nel caso in cui dovessero venire meno i requisiti per la relativa fruizione.</u> Inoltre, autorizza il trattamento dei dati personali consapevole di essere informato, ai sensi D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Inoltre, di essere a conoscenza che qualora a seguito della verifica da parte dell'Amministrazione quanto dichiarato non dovesse trovare riscontro, si procederà alla tempestiva contestazione degli addebiti per lo svolgimento del relativo procedimento e, se del caso, alla comunicazione alle Autorità competenti delle ipotesi di reato.

Luogo e data_____ **Firma del dipendente**

La presente può essere sottoscritta in presenza del funzionario dell'ufficio o, in alternativa, corredata da una copia di valido documento di riconoscimento dell'interessato - art. 38 Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000