

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI
CERTIFICAZIONE (D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il /la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ (_____) il _____

Residente a _____ (_____) in via/ piazza _____
n. _____ tel. n. _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, falsità negli atti, e uso di atti falsi è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445),

DICHIARA

alla S.V. di aver chiesto di fruire dal _____ al _____ per complessivi gg _____ di:

Permesso retribuito per:

Motivi personali /familiari:

➤ **Accompagnare familiare a visita medica, esami diagnostici**

- Specificare nominativo, grado di parentela, studio medico, laboratorio polispecialistico o struttura ospedaliera

➤ **Effettuare personalmente visita medica, esami diagnostici**

- Specificare studio medico, o laboratorio polispecialistico o struttura ospedaliera

➤ **Eventi e celebrazioni familiari (matrimonio, laurea, ecc.)**

- Specificare nominativo, grado di parentela, evento

- Particolari situazioni personali (trasloco, ecc.)

➤ **Particolari situazioni familiari (assistenza familiare ricoverato, assistenza familiare c/o domicilio, ecc.)**

- Specificare nominativo, grado di parentela, struttura ospedaliera, domicilio

Lutto familiare:

- Specificare nominativo e grado di parentela

Altro:

- _____

firma