



Amministrazione destinataria

Comune di Pistoia

Ufficio destinatario

Organizzazione, gestione e formazione
del personale**Domanda di permesso per cure invalidi*****Ai sensi della Legge 30/03/1971, n.118, art.26 e del Decreto legislativo 23/11/1988, n.509*****Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
								☐	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			

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****CHIEDE**

di usufruire di 30 giorni lavorativi annui per congedo straordinario per cure in quanto riconosciuto invalido civile con riduzione della capacità lavorativa superiore al 50%, sempre che le cure siano connesse all'infermità invalidante riconosciuta

DICHIARA☒ di essere inquadrato nel seguente profilo professionale

Profilo professionale	Area
Servizio	Unità Organizzativa

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)

☐ copia del certificato di invalidità civile

☐ 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.

Pistoia

Luogo

Data

il dichiarante