

Al _____

Oggetto: **RESOCONTO PERMESSO LEGGE 104/1992
ART.34 C.7, ACN VIGENTE**

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____ quale specialista
ambulatoriale interno, titolare di un incarico per n. _____ ore settimanali nella branca di _____
in riferimento all'autorizzazione aziendale ad usufruire di permesso di cui alla Legge 104/1992, concessa con nota prot.
_____ del _____ per n. ore _____ mensili, comunico di aver utilizzato i permessi della legge
104/1992 nel mese di _____ per l'anno _____, secondo quanto di seguito indicato:

1. Il giorno _____ per n. ore _____
 2. Il giorno _____ per n. ore _____
 3. Il giorno _____ per n. ore _____
- PER UN TOTALE DI ORE _____

A tale riguardo, il sottoscritto consapevole delle conseguenze civili e penali di cui all'art 76 DPR 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici conseguiti dal provvedimento emanato in caso di false dichiarazioni ai sensi dell'art.75 DPR 445/00

DICHIARA

- che la persona per cui ho usufruito il permesso non è ricoverata a tempo pieno, salvo i casi espressamente previsti dalla legge
- che nessun altro familiare nello stesso periodo ha usufruito di permessi ai sensi della L.104/92 per la stessa persona.

DA COMPILARE NEL CASO DI ASSISTENZA AL FIGLIO CON HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ

- che l'altro genitore per il mese/anno di _____ / _____
 - non ha usufruito di alcun permesso L.104/1992 (come da dichiarazione sostitutiva di atto notorio allegata)
 - ha usufruito di permessi nei seguenti giorni:

1. Il giorno _____ per n. ore _____
2. Il giorno _____ per n. ore _____
3. Il giorno _____ per n. ore _____

data _____

firma dello specialista _____

Visto

data _____

timbro e firma del responsabile dell'attività _____