

Al \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Oggetto: **RESOCONTO PERMESSO LEGGE 104/1992, AI SENSI DELL'ART.34 C.7, ACN 30.03.2020**

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 \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

Visto  
timbro e firma del responsabile dell'attività  
\_\_\_\_\_