



**MODULI STANDARD
PER LA RICHIESTA DEI
SERVIZI AMMINISTRATIVI
DA PARTE DEL DIPENDENTE**



INDICE DEI MODULI

VARIAZIONE DATI ANAGRAFICI (TITOLO DI STUDIO; RESIDENZA/DOMICILIO; STATO DI FAMIGLIA)

.....	MODULO A_01	PG. 03
RICHIESTA DI ATTESTATO DI SERVIZIO	MODULO A_02	PG. 05
DOMANDA DI TRASFERIMENTO (ART. 40.6 CCNL ATTIVITÀ FERROVIARIA)	MODULO A_03	PG. 07
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE	MODULO A_04	PG. 09
DICHIARAZIONE PER DEDUZIONI D'IMPOSTA	MODULO R_01	PG. 11
ASSEGNO NUCLEO FAMILIARE	MODULO R_02	PG. 13
RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO IN C/C BANCARIO O POSTALE	MODULO R_03	PG. 17
RICHIESTA DI NULLA OSTA A CONTRARRE CESSIONE CON ISTITUTI AUTORIZZATI MOD. R.258	MODULO R_04	PG. 19
RICHIESTA DELLA DICHIARAZIONE DI STIPENDIO MOD. R. 259	MODULO R_05	PG. 21
DOMANDA DI ANTICIPAZIONE T.F.R.	MODULO R_06	PG. 23
PERMESSO DI STUDIO	MODULO TM_01	PG. 27
CONGEDO DI MATERNITÀ	MODULO TM_02	PG. 29
CONGEDO PARENTALE - ASTENSIONE FACOLTATIVA POST-PARTO	MODULO TM_03	PG. 31
PERMESSI PARENTALI – RIPOSI GIORNALIERI	MODULO TM_04	PG. 33
DOMANDA PERMESSI LEGGE 104/92 (LAVORATORE PORTATORE DI HANDICAP)	MODULO TM_05/A	PG. 35
DOMANDA PERMESSI LEGGE 104/92 (ASSISTENZA AI FIGLI MINORENNI DISABILI GRAVI)	MODULO TM_05/B	PG. 37
DOMANDA PERMESSI LEGGE 104/92 (ASSISTENZA AI FIGLI MAGGIORENNI DISABILI GRAVI)	MODULO TM_05/C	PG. 39
DOMANDA PERMESSI LEGGE 104/92 (ASSISTENZA AI PARENTI O AFFINI DISABILI GRAVI)	MODULO TM_05/D	PG. 41
DOMANDA PERMESSI LEGGE 104/92 (ALLEGATI)	MODULO TM_05_ALL	PG. 43
RICHIESTA DI PERMESSO MATRIMONIALE	MODULO TM_06	PG. 49
RICHIESTA DI PERMESSO PER DECESSO/GRAVE INFERMITÀ	MODULO TM_07	PG. 51
AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA DELLA TRASFERTA	MODULO TR_01	PG. 53
RICHIESTA PER ANTICIPO SPESE TRASFERTA ESTERA	MODULO TR_02	PG. 55
RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE TRASFERTE E DEI RELATIVI RIMBORSI SPESE	MODULO TR_03	PG. 57
RIFERIMENTI		PG. 59

**Da inviare a:** Per competenza: **P.O. Gestione**(indicare struttura del personale di riferimento)

Il/La sottoscritto/a _____ CID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARA:**VARIAZIONE RESIDENZA/DOMICILIO**

- che a far data dal _____ ha cambiato residenza/domicilio.

Nuova residenza:

città _____ C.A.P. _____ via _____ N° _____ telefono _____

Nuovo domicilio:Presso (1): _____
cognome _____ nome _____

città _____ C.A.P. _____ via _____ N° _____ telefono _____

(1)- indicare eventualmente il nominativo dell'intestatario del numero civico / porta di accesso all'abitazione

VARIAZIONE TITOLO DI STUDIO

- che il nuovo Titolo di studio è:

--

- eventuali altre specializzazioni:

--

VARIAZIONE STATO DI FAMIGLIA

- che a far data dal _____ il mio nucleo familiare è composto come da certificato allegato.

Dichiara inoltre che si impegna a dare tempestiva comunicazione di ogni variazione alla presente dichiarazione.

(data)_____
(firma)**VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente):**_____
(data di elaborazione)_____
(firma dell'addetto)

**ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:**

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

Il presente modulo è composto da diverse sezioni delle quali il richiedente è tenuto a compilare solo quella/e per le quali intende comunicare la variazione alla Società.

Nella sezione **TITOLO DI STUDIO** riportare il titolo di studio conseguito ed eventuali altre specializzazioni.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile.

La sezione **“VISTO”** (da compilare a cura dell'ufficio ricevente) non va compilata dal richiedente

Nota:

- ✓ Nel caso di variazione Titolo di studio il presente modulo è da inviare al PO
- ✓ La variazione dello stato di famiglia ha dei riflessi anche su: Domanda di trasferimento; Assegni per il nucleo familiare.

ALLEGATI RICHIESTI**Al presente modulo vanno allegati:**

- ✓ Certificato attestante il titolo di studio conseguito (variazione titolo di studio)
- ✓ Certificato stato di famiglia (in caso di variazione dello stato di famiglia)



Da inviare a:

Per competenza: **P.O. Gestione**(indicare struttura del personale di riferimento)

Il/La sottoscritto/a _____ CID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE:

.....
il rilascio di un attestato di servizio presso la società _____ per gli usi consentiti dalla legge.

(data)

(firma)

VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente):

(data di elaborazione)

(firma dell'addetto)

**ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:**

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

La sezione **”VISTO”** (da compilare a cura dell’ufficio ricevente) non va compilata dal richiedente



Da inviare a:

Per competenza: **P.O. Gestione**(indicare struttura del personale di riferimento)

Il/La sottoscritto/a _____ CID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Figli minori a carico n° _____

PRESENTA DOMANDA DI TRASFERIMENTO (1):

A) Domanda Regionale (per comuni all'interno della regione in cui si presta il servizio).

Impianto di(2)	_____
Comune di(3) 1)	_____
2)	_____
3)	_____
4)	_____
5)	_____

B) Domanda interregionale (per comuni fuori dalla regione in cui si presta il servizio).

Comune (4) _____	Regione(5) _____
------------------	------------------

Motivo/Annotazioni _____

Avvertenza. Nel caso di falsa dichiarazione, si applicano le sanzioni penali richiamate all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nonché le sanzioni disciplinari previste dal CCNL in vigore ed, inoltre, l'interessato decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art 75 del D.P.R. stesso.

(luogo, data)

(firma)

VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente):

(data di elaborazione)

(firma dell'addetto)



ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

I dipendenti, ai sensi dell'articolo 40.6 del CCNL delle Attività Ferroviarie, possono presentare alla propria Società domanda di trasferimento da un'Unità produttiva all'altra dal 1° al 31 gennaio di ciascun anno.

Per Unità produttiva si intende quella composta da più sedi di lavoro del medesimo comune, se questo è capoluogo di provincia, ovvero quella comprendente il comune della sede di lavoro originaria ed il comune limitrofo nel caso di comune non capoluogo di provincia.

Le domande di trasferimento si distinguono in:

- Domanda regionale – per comuni della stessa regione in cui il dipendente presta servizio
- Domanda interregionale – per comuni al di fuori della regione in cui il dipendente presta servizio

La domanda decade automaticamente il 31 dicembre dell'anno di riferimento.

Il dipendente nel mese di gennaio di ciascun anno avrà facoltà di inviare alla propria struttura Personale e Organizzazione di riferimento entrambe le tipologie di domanda.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

La sezione **”VISTO”** (da compilare a cura dell'ufficio ricevente) non va compilata dal richiedente

Note:

- (1) Il dipendente può presentare, contemporaneamente con questo modulo, sia una domanda di trasferimento regionale che interregionale.
- (2) L'indicazione dell'impianto è facoltativa.
- (3) Obbligatorio. Comune di destinazione compreso nella regione in cui il dipendente presta servizio.
- (4) Comune di destinazione, compreso in una regione diversa da quella di appartenenza (desunta dall'indirizzo della sede di lavoro). E' in alternativa esclusiva con il campo Regione. La domanda sarà valida solo per il comune indicato.
- (5) Regione di destinazione diversa da quella in cui si presta servizio. E' in alternativa esclusiva con il campo Comune. La domanda sarà valida per tutti i comuni della regione selezionata.

ALLEGATI RICHIESTI

Al presente modulo vanno allegati:

- ✓ Certificato stato di famiglia



Da presentare unitamente ai moduli: R_06 - TM_02 - TM_06

Il/La sottoscritto/a _____ CID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nato/a a _____ Provincia _____ il _____
residente in _____ Via piazza _____ n° _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

Avvertenza. Nel caso di falsa dichiarazione, si applicano le sanzioni penali richiamate all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nonché le sanzioni disciplinari previste dal CCNL in vigore ed, inoltre, l'interessato decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art 75 del D.P.R. stesso.

_____ (data) _____ (firma)

Il sottoscritto dichiarante è a conoscenza che potranno essere effettuati controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive presso l'amministrazione competente (ai sensi dell'art 71 comma 4 del D.P.R. n. 445/2000) oppure mediante richiesta diretta, da parte della società/struttura titolare della procedura, dei certificati originali ed, in ogni caso, rilascia il proprio consenso a detti accertamenti, impegnandosi a produrre in tempi ristretti la documentazione richiesta.

_____ (data) _____ (firma)

ANNOTAZIONE (a cura del Dirigente o del dipendente addetto)

La firma è stata apposta alla presenza del _____
dal Sig _____ Identificato a mezzo _____ il _____

(timbro dell'Ufficio e firma del Dirigente o del dipendente addetto)



ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

L'utilizzazione di “dichiarazioni sostitutive” è limitata, per esplicito intendimento Aziendale, al personale del Gruppo F.S., in costanza di rapporto di lavoro.

Le procedure per le quali è consentita la presentazione in autocertificazione di parte della documentazione richiesta sono esclusivamente quelle di seguito elencate:

- (1) Richiesta dell'anticipazione del Trattamento di Fine Rapporto.
- (2) Rilascio e convalida Concessioni di viaggio.
- (3) Richiesta permesso per matrimonio.

**Da inviare a:**

- Per competenza: **Ferservizi**(indicare struttura amministrativa di riferimento)
 Per conoscenza: **P.O. Gestione**(indicare struttura del personale di riferimento)

Il/La sottoscritto/a _____ CID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DICHIARA:

Sotto la propria responsabilità che, a decorrere dal _____:

- ha diritto alle seguenti deduzioni dal reddito per carichi di famiglia, secondo quanto previsto dall'art. 12 del D.P.R. 917/86
 non ha diritto

barrare le caselle che interessano

- Coniuge a carico non legalmente ed effettivamente separato;.....
- N. figli a carico in mancanza del coniuge
- Figli a carico non portatori di handicap;.....
- N. figli di età pari o superiore a 3 anni al 100% al 50 % al%
- N. figli di età inferiore a 3 anni al 100% al 50 % al%
(date di nascita)
- N. Figli a carico portatori di handicap al 100% al 50 % al%
(date di nascita)
- N.Altre persone a carico al 100% al 50 % al%

Dichiara, altresì, che il proprio reddito complessivo per l'anno _____ sarà, presumibilmente il seguente: _____ da aggiungere ai redditi di lavoro dipendente.

- Considerare il reddito di lavoro dipendente.

Dichiarazione ai fini dell'applicazione non automatica della deduzione di cui all'art. 11 del Tuir:

- non applicare;
 applicare solo la deduzione di € 4.500 ,00 per la durata del rapporto;
 applicare deduzione base annua di € 3.000,00 per intero;

Avvertenza. Nel caso di falsa dichiarazione, si applicano le sanzioni penali richiamate all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nonché le sanzioni disciplinari previste dal CCNL in vigore ed, inoltre, l'interessato decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art 75 del D.P.R. stesso.

Il sottoscritto dichiarante è a conoscenza che potranno essere effettuati controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive presso l'amministrazione competente (ai sensi dell'art 71 comma 4 del D.P.R. n. 445/2000) oppure mediante richiesta diretta, da parte della società/struttura titolare della procedura, dei certificati originali ed, in ogni caso, rilascia il proprio consenso a detti accertamenti, impegnandosi a produrre in tempi ristretti la documentazione richiesta.

(data)_____
(firma)**VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente):**_____
(data di elaborazione)_____
(firma dell'addetto)

**ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:**

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

La compilazione del campo **“Dichiarazione ai fini dell'applicazione non automatica della deduzione di cui all'art. 11 del Tuir”** è facoltativa.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

La sezione **”VISTO”** (da compilare a cura dell'ufficio ricevente) non va compilata dal richiedente

**Da inviare a:**

- Per competenza: **Ferservizi**(indicare struttura amministrativa di riferimento)
 Per conoscenza: **P.O. Gestione**(indicare struttura del personale di riferimento)

Il/La sottoscritto/a _____ CID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Barrare le caselle interessate

- celibe/nubile coniugato/a vedovo/a separato/a divorziato/a

CHIEDE:

- l'attribuzione
 la rideterminazione

Dell'assegno per il nucleo familiare a decorrere da: ____/____/____

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE (Compilare e barrare le caselle)

n°	Cognome e nome	data di nascita	grado di parentela	stato occupazionale
1)		(richiedente)		
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				

- La persona indicata al n.... si trova, a causa di infermità, nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro ovvero, se minorenni, ha difficoltà persistente a svolgere le funzioni proprie della sua età (si allega, in quanto non ancora presentata, la certificazione – o copia autenticata – rilasciata dalla A.S.L. o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali).
 La persona indicata al n.... è orfana.

**DETERMINAZIONE DEL REDDITO FAMILIARE ANNUO** (Compilare)

Vanno considerati i redditi – assoggettabili ad Irpef, compresi quelli a tassazione separata, al lordo degli oneri deducibili e delle detrazioni d'imposta nonché i redditi esenti da imposta o assoggettati ad imposta sostitutiva, in quanto di importo superiore ed euro 1032,91 annui (già Lire 2.000.000) – percepiti dai componenti del proprio nucleo familiare indicati nel precedente riquadro.

NELL'ANNO: _____

Redditi	Dichiarante	Coniuge ¹	Altri familiari ²	Totali
A) redditi da lavoro dipendente o assimilati				
B) redditi da tassazione separata				
C) altri redditi				
D) redditi esenti				
TOTALI				

REDDITO COMPLESSIVO €

- 1 Coniuge non legalmente ed effettivamente separato
- 2 Figli ed equiparati minorenni o maggiorenni inabili; fratelli, sorelle, nipoti, orfani minorenni o maggiorenni inabili.

NOTE PER L'INDIVIDUAZIONE DEI REDDITI

- A Importi di cui ai punti 1,2 e 5 del CUD _____
 - B Importi di cui ai punti 60 e 61 del CUD _____
 - C Importi desumibili dai viventi modelli fiscali (per il mod. 730 vedere il mod. 730-3, riga 1,2,3 e 5; per il modello UNICO vedere i dati riportati nei singoli quadri),
i redditi da fabbricati vanno computati al lordo dell'eventuale deduzione per abitazione principale
 - D Vanno inclusi anche i redditi assoggettati a ritenuta d'imposta alla fonte o ad imposta sostitutiva (interessi su depositi, su titoli, ecc.) se superiori, complessivamente, ad euro 1032,91
-

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DEL CONIUGE** (Compilare e barrare le caselle)

Il/La _____ Nato/a a _____ il _____
sottoscritto/a _____

Consapevole delle sanzioni previste per coloro che rendono attestazioni false.

DICHIARA sotto la propria responsabilità

Per i soggetti indicati nella tabella della composizione del nucleo familiare non ha richiesto né richiederà altro trattamento

Data

Firma del coniuge

Indicare un recapito telefonico _____

Barrare la casella corrispondente

numero cellulare privato numero cellulare aziendale numero ufficio
 numero impianto di appartenenza Impianto di: _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ DEL RICHIEDENTE (compilare e barrare le caselle)

Il/La _____ Nato/a a _____ il _____
sottoscritto/a _____

Consapevole delle sanzioni previste per coloro che rendono attestazioni false.

DICHIARA sotto la propria responsabilità

- Per i soggetti indicati nella tabella della composizione del nucleo familiare non ha richiesto né richiederà altro trattamento di famiglia
- Per i soggetti indicati nella tabella della composizione del nucleo familiare non è stato richiesto altro trattamento di famiglia da parte di persone che non compongono il nucleo familiare (ex coniuge, coniuge separato, convivente o altri)
- Le notizie indicate nel presente modello di domanda sono complete e veritiere
- Si impegna a segnalare le variazioni della situazione dichiarata entro 30 giorni

Avvertenza. Nel caso di falsa dichiarazione, si applicano le sanzioni penali richiamate all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nonché le sanzioni disciplinari previste dal CCNL in vigore ed, inoltre, l'interessato decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art 75 del D.P.R. stesso.

(data)

(firma)

VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente):

(data di elaborazione)

(firma dell'addetto)

**ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:**

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

Compilare il modulo in tutte le sue parti come indicato dalle note di ogni sezione / tabella.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

La sezione **”VISTO”** (da compilare a cura dell’ufficio ricevente) non va compilata dal richiedente

ALLEGATI RICHIESTI

Al presente modulo vanno allegati:

- ✓ Certificato stato di famiglia



Da inviare a:

Per competenza: **Ferservizi**(indicare struttura amministrativa di riferimento)

Il/La sottoscritto/a _____ CID

--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE:

Che dal prossimo mese di _____
le competenze mensili siano accreditate sul c/c n° _____

accesso c/o

Istituto/Banca _____

Agenzia n° _____

Via _____

codice CAB _____ codice ABI _____ codice CIN _____

accesso c/o Ufficio Postale _____ **Frazionario n°** _____

Città _____ Via _____

codice CAB _____ codice ABI _____

(data)

(firma)

VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente):

(data di elaborazione)

(firma dell'addetto)



ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

Compilare i campi relativi al conto corrente bancario o postale come indicato nel modulo.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

La sezione **”VISTO”** (da compilare a cura dell’ufficio ricevente) non va compilata dal richiedente

Nota: saranno considerati utili alla richiesta anche gli appositi modelli predisposti dagli **Istituti Bancari** o dagli **Uffici Postali**, purché contenenti le stesse informazioni.



Da inviare a:

Per competenza: **P.O. Gestione**(indicare struttura del personale di riferimento)

Il/La sottoscritto/a _____ CID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indicare un recapito telefonico _____

Barrare la casella corrispondente

- numero cellulare privato numero cellulare aziendale numero ufficio
 numero impianto di appartenenza Impianto di: _____

fa domanda perché gli sia rilasciato il NULLA OSTA (Mod. R.258), per contrarre, con Istituto di credito autorizzato, un prestito contro cessione di N° (barrare la casella):

- 60
 120

quote mensili del proprio stipendio, ai sensi delle vigenti disposizioni, autorizzando sin d'ora codesta Ferservizi SpA ad estinguere il relativo debito residuo sul proprio TFR, nel caso di risoluzione del rapporto di lavoro anticipata.

Allega il certificato di sana costituzione fisica.

(data)

(firma)

DICHIARAZIONE DEL PO

- ✓ Ai fini della richiesta in oggetto si dichiara che, nei confronti del dipendente, non risulta risoluzione del rapporto di lavoro imminente.
- ✓ Ai fini della richiesta in oggetto si dichiara che la data di risoluzione del rapporto di lavoro con il dipendente è prevista in data _____.

Il Responsabile (1)

(data)

(firma)

(1) P.O. di riferimento della risorsa

VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente):

(data di elaborazione)

(firma dell'addetto)



ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

Indicare un recapito telefonico e barrare la casella corrispondente alla tipologia di recapito riportato.

Barrare la casella 60 oppure 120 (cinque o dieci anni) per definire il numero di quote mensili per le quali è richiesta la cessione del quinto

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

La sezione **“DICHIARAZIONE DEL PO”** non va compilata dal richiedente

La sezione **“VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente)”** non va compilata dal richiedente

ALLEGATI RICHIESTI

Al presente modulo vanno allegati:

- ✓ Certificato medico rilasciato dal Sanitario RFI



Da inviare a:

Per competenza: **P.O. Gestione**(indicare struttura del personale di riferimento)

Il/La sottoscritto/a _____ CID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indicare un recapito telefonico _____

Barrare la casella corrispondente

- numero cellulare privato numero cellulare aziendale numero ufficio
 numero impianto di appartenenza Impianto di: _____

CHIEDE:

la dichiarazione stipendiale (mod. R.259).

(data)

(firma)

DICHIARAZIONE DEL PO

- ✓ Ai fini della richiesta in oggetto si dichiara che, nei confronti del dipendente, non risulta risoluzione del rapporto di lavoro imminente.
- ✓ Ai fini della richiesta in oggetto si dichiara che la data di risoluzione del rapporto di lavoro con il dipendente è prevista in data _____.

Il Responsabile (1)

(data)

(firma)

(1) P.O. di riferimento della risorsa

VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente):

(data di elaborazione)

(firma dell'addetto)



ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

Indicare un recapito telefonico e barrare la casella corrispondente alla tipologia di recapito riportato.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

La sezione **”DICHIARAZIONE DEL PO”** non va compilata dal richiedente

La sezione **”VISTO (da compilare a cura dell’ufficio ricevente)”** non va compilata dal richiedente

**Da inviare a:**

- Per competenza: **Ferservizi**(indicare struttura amministrativa di riferimento)
 Per conoscenza: **P.O. Gestione**(indicare struttura del personale di riferimento)

Il/La sottoscritto/a _____ CID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indicare un recapito telefonico _____

Barrare la casella corrispondente

- numero cellulare privato numero cellulare aziendale numero ufficio
 numero impianto di appartenenza Impianto di: _____

CHIEDE:

l'anticipazione del Trattamento di Fine Rapporto per l'importo di Euro _____

La richiesta è giustificata dalla necessità di: (barrare la casella interessata)

- Spese sanitarie per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle apposite strutture
 Acquisto prima casa per il dipendente
 Acquisto prima casa per i figli
 Ristrutturazione prima casa per il dipendente
 Acquisto alloggio patrimoniale FS
 Causali previste dalla legge del 8/03/2000 n° 53 e successive integrazioni

Allega la seguente documentazione:

È necessario allegare il preliminare di compravendita o i preventivi per le spese mediche coerenti con la richiesta presentata

(data)

(firma)

Nel caso in cui il dipendente non presenti la prescritta documentazione comprovante l'utilizzo della somma richiesta per la necessità riportata nella presente domanda entro un anno dalla concessione dell'anticipo la Società procederà al recupero della somma anticipata.

**ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:**

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

Indicare un recapito telefonico e barrare la casella corrispondente alla tipologia di recapito riportato.

Barrare la casella corrispondente alla motivazione per cui si fa richiesta dell'anticipo di quota del TFR

Riportare gli allegati (previsti dalla normativa per le differenti fattispecie) che si intende includere nel modulo

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

La sezione **“VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente)”** non va compilata dal richiedente

ALLEGATI RICHIESTI

Al presente modulo vanno allegati:

- ✓ Copia del preliminare di compravendita da cui risulti la data entro la quale sarà stipulato l'atto di compravendita
- ✓ Preventivi per le spese mediche coerenti con la richiesta presentata
- ✓ Dichiarazione acquisto prima casa

**DICHIARA** (solo in caso acquisto prima casa):

Che non è già proprietario di casa di abitazione anche in località diversa da quella della residenza anagrafica e che non abita neppure in alloggio di cui è comproprietario e che lo stesso acquista in toto la proprietà.

Avvertenza. Nel caso di falsa dichiarazione, si applicano le sanzioni penali richiamate all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nonché le sanzioni disciplinari previste dal CCNL in vigore ed, inoltre, l'interessato decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art 75 del D.P.R. stesso.

Il sottoscritto dichiarante è a conoscenza che potranno essere effettuati controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive presso l'amministrazione competente (ai sensi dell'art 71 comma 4 del D.P.R. n. 445/2000) oppure mediante richiesta diretta, da parte della società/struttura titolare della procedura, dei certificati originali ed, in ogni caso, rilascia il proprio consenso a detti accertamenti, impegnandosi a produrre in tempi ristretti la documentazione richiesta.

(data)

(firma)

VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente):

(data di elaborazione)

(firma dell'addetto)



**Da inviare a:** Per competenza: **P.O. Gestione**(indicare struttura del personale di riferimento)Il/La sottoscritto/a _____ CID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Frequentante il corso di studi (indicare la scuola d'istruzione, facoltà
universitaria, il corso post-laurea legalmente riconosciuto ecc.) _____**CHIEDE:**

come previsto dall'art. 33 CCNL 16/04/2003 punti 2-3, di poter usufruire di:

- Permesso per preparare l'esame di _____ nel/i giorno/i _____
- Permesso per sostenere per la prima volta l'esame di _____ il giorno _____
- Permesso per preparare l'esame di _____ nel/i giorno/i _____ sostenuto l'ultima volta
nell'anno accademico/anno scolastico (1) in data _____
- Permesso per sostenere l'esame di _____ il giorno _____ sostenuto
l'ultima volta anno accademico/Anno scolastico (1) in data _____

(1) barrare se anno scolastico o accademico

Si impegna a produrre la certificazione relativa all'effettuazione della suddetta prova.

(data)_____
(firma)**VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente):**_____
(data di elaborazione)_____
(firma dell'addetto)

**ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:**

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

Barrare la casella corrispondente alla tipologia di permesso richiesto per motivi di studio.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

La sezione **“VISTO (da compilare a cura dell’ufficio ricevente)”** non va compilata dal richiedente

Ai lavoratori studenti, compresi quelli universitari e quelli iscritti a corsi post-laurea legalmente riconosciuti, sono concessi su richiesta permessi giornalieri retribuiti, con la retribuzione spettante per i giorni di ferie, per le giornate in cui svolgono le prove di esame. Gli stessi lavoratori studenti possono usufruire, su richiesta, di permessi retribuiti per i due giorni lavorativi precedenti ciascun esame, nel caso di esami universitari, ovvero precedenti la sessione di esami negli altri casi, fermo restando il diritto dell’azienda di richiedere la produzione delle certificazioni relative all’effettuazione delle suddette prove di esame.

I permessi non saranno retribuiti per gli esami universitari che siano stati sostenuti per più di due volte nello stesso anno accademico.

ALLEGATI RICHIESTI

Al presente modulo vanno allegati:

- ✓ Si impegna a produrre la certificazione relativa all’effettuazione della suddetta prova (da consegnare al rientro dal permesso).

**Da inviare a:** Per competenza: **P.O. Gestione**(indicare struttura del personale di riferimento)

La sottoscritta

CID

comunica che la data prevista per il parto, come da certificato del medico allegato, è fissata per il _____

CHIEDE (barrare la casella):

- Di posticipare l'astensione obbligatoria pre-parto al _____ (non oltre l'inizio del mese precedente la data prevista per il parto).
- Di posticipare l'astensione obbligatoria pre-parto al _____ (non oltre il mese precedente la data prevista per il parto), pur avendo già fruito dell'astensione anticipata concessa dal Servizio Ispettivo del Ministero del Lavoro. A tal fine allega nulla osta dello stesso attestante l'assenza di impedimenti alla richiesta di posticipare l'astensione obbligatoria pre-parto

(data)_____
(firma)

N.B.

*Entro trenta giorni dal parto deve essere presentato il certificato di nascita a Gestione e Organizzazione.***VISTO** (da compilare a cura dell'ufficio ricevente):_____
(data di elaborazione)_____
(firma dell'addetto)

**ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:**

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

Indicare la data presunta del parto

Barrare la casella corrispondente alla tipologia di richiesta che si intende fare.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

La sezione **“VISTO (da compilare a cura dell’ufficio ricevente)”** non va compilata dal richiedente

ALLEGATI RICHIESTI

Al presente modulo vanno allegati:

- ✓ Certificato medico



ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

Indicare nome e data di nascita del figlio

Compilare nella sezione Dichiarazione rispetto ai giorni di congedo parentale già ottenuti dal richiedente o dal coniuge al momento della prima presentazione della domanda.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

La sezione **”VISTO”** (da compilare a cura dell'ufficio ricevente) non va compilata dal richiedente

**Da inviare a:** Per competenza: **P.O. Gestione**(indicare struttura del personale di riferimento)Il/La sottoscritto/a _____ CID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE:

ai sensi dell'art. 39 Dlgs n.151/2001, di usufruire di due ore di riposo giornaliero a partire dalla data della presente e fino alla data del compimento del primo anno di età del figlio/a nato/a il _____ secondo le seguenti modalità (barrare la casella):

- inizio turno
 fine turno
 un'ora all'inizio del turno e un'ora alla fine del turno

barrare in caso di parto gemellare (1)

(1) In caso di parto gemellare si ha diritto a 4 ore di riposo giornaliero, indipendentemente dal numero dei nati.

DICHIARA (2):

- che la "madre lavoratrice" _____ è alle dipendenze di _____ e non si avvale dello stesso diritto;
 è lavoratrice autonoma, libera professionista _____
 di essere unico genitore

(2) A cura del padre.

Avvertenza. Nel caso di falsa dichiarazione, si applicano le sanzioni penali richiamate all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nonché le sanzioni disciplinari previste dal CCNL in vigore ed, inoltre, l'interessato decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art 75 del D.P.R. stesso.

(data)_____
(firma)**VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente):**_____
(data di elaborazione)_____
(firma dell'addetto)

**ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:**

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

Indicare il nome del figlio e barrare la casella relativa alla modalità con la quale si intende usufruire dei riposi giornalieri.

Barrare la casella corrispondente alla situazione del coniuge.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

La sezione **”VISTO (da compilare a cura dell’ufficio ricevente)”** non va compilata dal richiedente



DOMANDA PERMESSI LEGGE 104/92
Per l'anno.....
(Fruizione permessi quale lavoratore portatore di
handicap grave)

MODULO TM_05/A

Da inviare a:

Per competenza: **P.O. Gestione**(indicare struttura del personale di riferimento)

Il/La sottoscritto/a _____ CID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE:

di fruire per l'anno _____ dei benefici previsti dalla legge 104/92 e successive modifiche, secondo le seguenti modalità:

- 2 ore di permesso giornaliero
- 3 giorni di permessi mensili

Si allega alla domanda:

- Certificazione della ASL attestante l'handicap grave di cui all'art. 3, comma 3, L. n. 104/1992

VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente):

(data di elaborazione)

(firma dell'addetto)



ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

(1) Indicare il grado di parentela che intercorre con il soggetto portatore di handicap grave.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

La sezione **“VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente)”** non va compilata dal richiedente

ALLEGATI RICHIESTI

Al presente modulo vanno allegati:

- ✓ Certificazione della ASL attestante l'handicap grave



DOMANDA PERMESSI LEGGE 104/92
Per l'anno.....
(Assistenza ai figli minorenni disabili gravi)

MODULO TM_05/B

Da inviare a:

Per competenza: **P.O. Gestione**(indicare struttura del personale di riferimento)

Il/La sottoscritto/a _____ CID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE:

di fruire per l'anno_____dei benefici previsti dalla legge 104/92 e successive modifiche, secondo le seguenti modalità:

- 2 ore di permesso giornaliero (fino al compimento del 3° anno di età del figlio/a)
- 3 giorni di permessi mensili (oltre il compimento del 3° anno di età del figlio/a)

VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente):

(data di elaborazione)

(firma dell'addetto)

--	--	--



ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

(1) Indicare il grado di parentela che intercorre con il soggetto portatore di handicap grave.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

La sezione **“VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente)”** non va compilata dal richiedente

ALLEGATI RICHIESTI

Al presente modulo vanno allegati:

- ✓ Certificazione della ASL attestante l'handicap grave
- ✓ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio da rendere presso i competenti uffici dei Municipi (vedi modulo allegato)



ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

(1) Indicare il grado di parentela che intercorre con il soggetto portatore di handicap grave.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

La sezione **“VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente)”** non va compilata dal richiedente

ALLEGATI RICHIESTI

Al presente modulo vanno allegati:

- ✓ Certificazione della ASL attestante l'handicap grave
- ✓ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio come da allegato al modulo



DOMANDA PERMESSI LEGGE 104/92
Per l'anno.....
(Assistenza ai figli maggiorenni disabili gravi)

MODULO TM_05/c

Da inviare a:

Per competenza: **P.O. Gestione**(indicare struttura del personale di riferimento)

Il/La sottoscritto/a _____ CID

--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE:

di fruire per l'anno _____ dei benefici previsti dalla legge 104/92 e successive modifiche, secondo le seguenti modalità:

3 giorni di permessi mensili

VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente):

(data di elaborazione)

(firma dell'addetto)

--	--	--



ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

(1) Indicare il grado di parentela che intercorre con il soggetto portatore di handicap grave.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

La sezione **“VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente)”** non va compilata dal richiedente

ALLEGATI RICHIESTI

Al presente modulo vanno allegati:

- ✓ Certificazione della ASL attestante l'handicap grave
- ✓ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio da rendere presso i competenti uffici dei Municipi (vedi modulo allegato)

--	--	--

**ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:**

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

(1) Indicare il grado di parentela che intercorre con il soggetto portatore di handicap grave.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

La sezione **“VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente)”** non va compilata dal richiedente

ALLEGATI RICHIESTI

Al presente modulo vanno allegati:

- ✓ Certificazione della ASL attestante l'handicap grave
- ✓ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio come da allegato al modulo



DOMANDA PERMESSI LEGGE 104
Per l'anno.....
(Assistenza ai parenti o affini disabili gravi)

MODULO TM_05/D

Da inviare a:

Per competenza: **P.O. Gestione**(indicare struttura del personale di riferimento)

Il/La sottoscritto/a _____ CID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE:

di fruire per l'anno_____dei benefici previsti dalla legge 104/92 e successive modifiche, secondo le seguenti modalità:

3 giorni di permessi mensili

VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente):

(data di elaborazione)

(firma dell'addetto)

--	--	--



ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

(1) Indicare il grado di parentela che intercorre con il soggetto portatore di handicap grave.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

La sezione **“VISTO (da compilare a cura dell’ufficio ricevente)”** non va compilata dal richiedente

ALLEGATI RICHIESTI

Al presente modulo vanno allegati:

- ✓ Certificazione della ASL attestante l’handicap grave
- ✓ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio da rendere presso i competenti uffici dei Municipi (vedi modulo allegato)

--	--	--



ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

(1) Indicare il grado di parentela che intercorre con il soggetto portatore di handicap grave.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

La sezione **“VISTO (da compilare a cura dell’ufficio ricevente)”** non va compilata dal richiedente

ALLEGATI RICHIESTI

Al presente modulo vanno allegati:

- ✓ Certificazione della ASL attestante l’handicap grave
- ✓ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio da rendere presso i competenti uffici dei Municipi (vedi modulo allegato)

--	--	--



ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

(1) Indicare il grado di parentela che intercorre con il soggetto portatore di handicap grave.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

La sezione **“VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente)”** non va compilata dal richiedente

ALLEGATI RICHIESTI

Al presente modulo vanno allegati:

- ✓ Certificazione della ASL attestante l'handicap grave
- ✓ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio come da allegato al modulo

**ASSISTENZA AI FIGLI MINORENNI
DISABILI GRAVI**

**ALLEGATO AL MODULO
TM_05/B**

Il/La sottoscritto/a _____ CID

--	--	--	--	--	--	--	--

Nat_ a _____ il _____ e residente in _____

Via/Piazza _____ n° _____ cap _____

Ai fini della fruizione dei benefici di cui all'art. 33, comma 3, L. N°104/1992, per assistere il/la figlio/figlia :

_____ (indicare il nome dell'assistito/a)

DICHIARA:

- che il figlio non è ricoverato a tempo pieno presso un istituto specializzato;
- di non godere, nello stesso periodo, del congedo parentale per il figlio portatore di handicap grave;
- di non godere in nessuno dei mesi solari in cui fruisce dei giorni di permesso *ex art. 33, comma 3*, del congedo straordinario *ex art.42, comma 5, d. lgs. N. 151/2001*;
- che il sottoscritto /a e il coniuge nell'arco dello stesso mese godono complessivamente di soli 3 giorni di permesso di cui all'art.33, comma 3, l. n. 104/1992;
- che il coniuge non fruisce in nessuno dei mesi solari in cui il sottoscritto gode dei permessi di cui all'art.33, 3° comma, l.n. 104/1992 del congedo straordinario *ex art. 42, comma 5, d. lgs. N. 151/2001*

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate.

Afferma tutto quanto sopra sotto la propria personale responsabilità ed è consapevole che, in caso di dichiarazioni mendaci, oltre a decadere dal beneficio in questione, sarà assoggettabile alle sanzioni disciplinari previste dal vigente CCNL nonché alle sanzioni penali previste dalla legge.

(data)

(firma)





Il/La sottoscritto/a _____ CID

--	--	--	--	--	--	--	--

Nat_ a _____ il _____ e residente in _____

Via/Piazza _____ n° _____ cap _____

Ai fini della fruizione dei benefici di cui all'art. 33, comma 3, L. N°104/1992, come modificata dalla Legge n° 53/2000 per assistere il/la _____ (indicare il grado di parentela dell'assistito)

DICHIARA:

- che il/la _____ non è ricoverato a tempo pieno presso un istituto specializzato;
- che il/la _____ non lavora;
- che il/la _____ lavora;
- che non sono presenti in famiglia altri soggetti in grado di prestare assistenza;
- di assistere il/la _____ non convivente in via esclusiva. A tal fine dichiara che il/la _____ è domiciliato in _____ Prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____ CAP. _____ domicilio che dista Km _____ dall'abitazione del sottoscritto. Inoltre, dichiara che l'assistenza è rivolta alle necessità quotidiane del/della _____ disabile, non essendo presenti nel nucleo familiare con cui convive soggetti lavoratori che beneficiano dei permessi di cui all'art. 33, comma 3, l. n.104/1992 per la sua assistenza o soggetti non lavoratori comunque in grado di assisterlo.

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni sopra dichiarate.

Afferma tutto quanto sopra sotto la propria personale responsabilità ed è consapevole che, in caso di dichiarazioni mendaci, oltre a decadere dal beneficio in questione, sarà assoggettabile alle sanzioni disciplinari previste dal vigente CCNL nonché alle sanzioni penali previste dalla legge.

(data)

(firma)





Da inviare a:

Per competenza: **P.O. Gestione**(indicare struttura del personale di riferimento)

Il/La sottoscritto/a _____ CID

--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE:

di fruire del permesso (15 giorni consecutivi di calendario) in occasione del proprio matrimonio che avverrà in data _____ dal.....al.....

N.B. La richiesta dovrà essere presentata dal lavoratore con un preavviso di almeno 15 giorni dall'inizio del permesso e documentata formalmente con certificato di matrimonio al rientro dal periodo di assenza.

(data)

(firma)

VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente):

(data di elaborazione)

(firma dell'addetto)



ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

La sezione **“VISTO (da compilare a cura dell’ufficio ricevente)”** non va compilata dal richiedente



RICHIESTA DI PERMESSO
Permesso per Decesso/Grave infermità
(art. 36 punto 2 comma a)

MODULO TM_07

Da inviare a:

Per competenza: **P.O. Gestione**(indicare struttura del personale di riferimento)

Il/La sottoscritto/a _____ CID

--	--	--	--	--	--

CHIEDE:

di fruire dei permessi in caso di decesso o di documentata grave infermità del coniuge o di un parente entro il secondo grado o del convivente, previsti dall' art. 36 punto 2 comma a del CCNL.

(barrare una casella)

- Decesso (.....) (1)
- Grave infermità (.....) (1)

(1) Inserire tra parentesi il grado di parentela della persona.

N.B.

In caso di decesso il permesso deve essere fruito entro 7 giorni dal decesso stesso.

In caso di grave infermità il permesso deve essere previamente richiesto, rispetto all'evento, indicando i giorni in cui si intende fruirne.

(data)

(firma)

VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente):

(data di elaborazione)

(firma dell'addetto)



ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

La sezione **“VISTO (da compilare a cura dell’ufficio ricevente)”** non va compilata dal richiedente

ALLEGATI RICHIESTI

Al presente modulo vanno allegati:

- ✓ Certificato di decesso (in caso di decesso).
- ✓ Idonea documentazione del medico specialista del servizio sanitario nazionale che attesti la grave infermità (in caso di grave infermità).



Da inviare a:

Per competenza: **Segreteria Amministrativa**(indicare segreteria di riferimento)
(Previa autorizzazione a cura del responsabile preposto)

Il/La sottoscritto/a _____ CID

--	--	--	--	--	--

DATI DELLA TRASFERTA:

Località: _____

Motivo: _____

	GIORNO	ORA	TOTALE GIORNI
Inizio			
Termine			

MEZZO DI TRASPORTO UTILIZZATO

Treno	<input type="checkbox"/>
Nave	<input type="checkbox"/>
Mezzo proprio	<input type="checkbox"/>
Servizio di Linea utilizzato	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>

NOTE

.....
.....
.....
.....
.....

(data)

(firma)

(firma responsabile C.d.C.)

VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente):

(data di elaborazione)

(firma dell'addetto)

**ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:**

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale. Compilare il modulo in tutte le sue parti.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

Far firmare il modulo al proprio responsabile (responsabile del C.d.C.)

La sezione **”VISTO (da compilare a cura dell’ufficio ricevente)”** non va compilata dal richiedente



Da inviare a:

Per competenza: **Segreteria Amministrativa**(indicare segreteria di riferimento)
(Previa autorizzazione a cura del responsabile preposto)

Il/La sottoscritto/a _____ CID

--	--	--	--	--	--	--	--

Località di trasferta _____

Paese _____

Durata Dal _____ Al _____

RICHIEDE:

Anticipo: € _____
(scrivere l'importo in lettere)

L'anticipo richiesto dovrà essere accreditato, con valuta _____ mediante bonifico bancario sul c/c del dipendente a Voi noto.

(data)

(firma)

(firma responsabile C.d.c)

VISTO (da compilare a cura dell'ufficio ricevente):

(data di elaborazione)

(firma dell'addetto)



ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

Compilare il modulo in tutte le sue parti.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

Far firmare il modulo al proprio responsabile (responsabile del C.d.C.)

La sezione **“VISTO (da compilare a cura dell’ufficio ricevente)”** non va compilata dal richiedente



ISTRUZIONE ALLA COMPILAZIONE:

Nella casella **“da inviare a”** è indicata la struttura destinataria del modulo. Il modulo va inviato via fax unitamente agli allegati indicati o consegnato presso lo sportello di competenza. Fare riferimento alla tabella di telefoni e indirizzi riportata in questo documento.

Riportare in **“Il/La sottoscritto/a”** e in **“CID”** Nome e Cognome del richiedente e la propria matricola aziendale.

Compilare il modulo in tutte le sue parti secondo le indicazioni riportate nelle note.

Indicare la **data** di richiesta e **firmare** il modulo in maniera leggibile

Far firmare il modulo al proprio responsabile (responsabile del C.d.C.)

La sezione **”VISTO (da compilare a cura dell’ufficio ricevente)”** non va compilata dal richiedente



**RIFERIMENTI DISTACCAMENTO
AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE
FERSERVIZI**

DAP SEDI ACCENTRATE

TELEFONO: 06 57099873

FAX: 06 57099752

SEDE SPORTELLO: VIALE AVENTINO, 45 – 00153

DAP ROMA

TELEFONO: 06 57099832

FAX: 06 57099832

SEDE SPORTELLO: VIALE AVENTINO, 45 – 00153

DAP ANCONA

TELEFONO: 071 5924108

FAX: 071 5924245

SEDE SPORTELLO: P.ZZA CAVOUR, 23 - 60121

DAP BARI

TELEFONO: 080 5925407

FAX: 080 5925408

SEDE SPORTELLO: VIA CADUTI DI TUTTE LE GUERRE, 1 - 70126

DAP BOLOGNA

TELEFONO: 051 6306188

FAX: 051 6306201

SEDE SPORTELLO: VIA M. D'AZEGLIO, 38 - 40123

DAP CAGLIARI

TELEFONO: 070 6794362

FAX: 070 6794293

SEDE SPORTELLO: VIA ROMA, 22 - 09123

DAP FIRENZE

TELEFONO: 055 2763228

FAX: 055 2763163

SEDE SPORTELLO: VIA VINCENZO SALVAGNOLI, 1 - 50129

DAP GENOVA

TELEFONO: 010 274 3322

FAX: 010 2743301

SEDE SPORTELLO: VIA A. DORIA, 5 - 16126

DAP MILANO

TELEFONO: 02 63713530

FAX: 02 63717177

SEDE SPORTELLO: PIAZZA FREUD, 1 - 20100

DAP NAPOLI

TELEFONO: 081 567 2115

FAX: 081 5672305

SEDE SPORTELLO: P.ZZA GARIBALDI - ST. NA C.LE - 80142

DAP PALERMO

TELEFONO: 091 6033390

FAX: 091 6033195

SEDE SPORTELLO: VIA ROMA, 19 – 90100



DAP R.CALABRIA

TELEFONO: 0965 866597

FAX: 0965 812106

SEDE SPORTELLLO: VIA CIMINO, 1 - 89127

DAP TORINO

TELEFONO: 011 6652003

FAX: 011 6655092

SEDE SPORTELLLO: VIA SACCHI, 7 - 10125

DAP TRIESTE

TELEFONO: 040 3794184

FAX: 040 3794184

SEDE SPORTELLLO: P.ZZA V. VENETO, 3 - 34100

DAP VENEZIA

TELEFONO: 041 3696589

FAX: 041 3696639

SEDE SPORTELLLO: VIA DECORATI AL VALOR CIVILE, 90 – MESTRE - 30171

DAP VERONA

TELEFONO: 045 8024570

FAX: 045 8022179

SEDE SPORTELLLO: VIA DELLE FRANCESCHINE, 10 - 37122