



COMUNE DI CELLAMARE

Città Metropolitana di Bari

Piazza Risorgimento 33
Servizio Segreteria – Personale
Tel. 0804657920-21

Al Segretario Comunale

SEDE

Oggetto: Domanda di permesso retribuito per assistenza a familiare o affine affetto da handicap in situazione di gravità, ai sensi dell'art. 33 comma 3 della legge 104/1992.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ il _____ e residente in
_____, Responsabile del Settore _____,

PREMESSO

- che il sottoscritto è legato da rapporto di parentela con il /la Sig./Sig.ra _____, in
quanto _____ (specificare rapporto e grado di parentela), il quale
risulta affetto da handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art.4 comma 1
della legge 5/2/1992 n. 104

CHIEDE

di usufruire il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
(n. _____ ore) di un permesso mensile retribuito (3 giorni o 18 ore) per assistenza al
familiare/affine disabile sopra indicato ai sensi della normativa in epigrafe evidenziata.

Cellamare, _____

FIRMA

VISTA LA COMUNICAZIONE

Data, _____

Il Segretario Comunale
