



COMUNE DI CELLAMARE

Città Metropolitana di Bari

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

Al Responsabile del _____ Settore

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 _____,
dipendente di questa Amministrazione, con profilo
professionale di _____, categoria _____,

PREMESSO

- che il sottoscritto è legato da rapporto di parentela con il /la Sig/Sig.ra _____, nato/a a _____ il _____, 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 RICHIESTA, SI AUTORIZZA

Data, _____

Il Responsabile del Settore