



COMUNE DI CELLAMARE
Città Metropolitana di Bari

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

Al Responsabile del Settore

SEDE

Oggetto: Permesso retribuito per portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art. 33 comma 3 della legge 104/92.

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 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 di tre giorni di permesso mensile retribuito, in quanto concesso dalle normative vigenti, nei seguenti giorni:

_____;

OPPURE

☐ di usufruire di 18 ore di permesso mensile retribuito, in quanto concesso dalle normative vigenti, nei seguenti giorni ed ore:

_____ dalle ore _____ alle ore _____;
_____ dalle ore _____ alle ore _____;

Cellamare, _____

FIRMA

VISTA LA RICHIESTA, SI AUTORIZZA

Data, _____

Il Responsabile del Settore
