



Provincia di BARLETTA – ANDRIA – TRANI
Piazza Umberto I –
CF: 81001210723 - P.IVA: 00956770721
Tel. 0883/290318 - Fax. 0883/290225

SETTORE PERSONALE e ORGANIZZAZIONE

Al Sig. Dirigente
del Settore Personale

Al Sig. Dirigente
del Settore _____

LORO SEDI

Oggetto: Domanda di 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 _____ alla
Via _____ Settore _____
_____ matricola n. _____

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:

Andria, _____
