



CITTÀ
DI ANDRIA

Provincia di BARLETTA – ANDRIA – TRANI

Piazza Umberto I –

CF: 81001210723 - P.IVA: 00956770721

Tel. 0883/290318 - Fax. 0883/290225

PERMESSO RETRIBUITO LEGGE 104/1992

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ART. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

AL DIRIGENTE SETTORE

Il sottoscritto _____

Sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.46 del D.P.R.445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

chiede di assentarsi il/i giorno/ni _____

o dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

per la fruizione del permesso retribuito ai sensi dell'art. 33 della legge n. 104/1992.

A tal fine dichiara che la domiciliazione del portatore di handicap è sita in via

_____ n. _____

Città _____.

Andria _____

IL DIPENDENTE/ DICHIARANTE

**Si autorizza
il Dirigente**
