



COMUNE DI CELLAMARE
Città Metropolitana di Bari

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

PIANO MENSILE DI FRUIZIONE – L. 104/92

Al Responsabile del _____ Settore

_____ SEDE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ e residente in _____,
_____ dipendente di questa Amministrazione, con profilo
professionale di _____, categoria _____,

CHIEDE

di potersi avvalere nel mese di _____ dei permessi retribuiti giornalieri
(massimo 3 giorni) o ad ore (massimo 18 ore mensili) previsti dalle vigenti disposizioni di
legge (art. 33, comma 3, Legge 104/1992) per assistere il/la sig./sig.ra
_____, proprio:

coniuge figlia/o parente affine

per i seguenti giorni:

_____ dalle ore _____ alle ore _____;

_____ dalle ore _____ alle ore _____;

_____ dalle ore _____ alle ore _____;

_____ dalle ore _____ alle ore _____;

_____ dalle ore _____ alle ore _____;

Tale richiesta viene avanzata in quanto il/la sottoscritto/a presta assistenza continuativa
e in via esclusiva al/la sig./sig.ra _____, legato/a al
sottoscritto/a con vincolo di parentela o affinità entro il terzo grado, soggetto a situazione
di handicap grave.

Cellamare, _____

FIRMA

VISTA LA RICHIESTA, SI AUTORIZZA

Data, _____

_____ Il Responsabile del Settore
