



COMUNE DI SAVIGLIANO

Al Segretario Generale

o

al Responsabile del Settore

All'Ufficio "Gestione del Personale"

SEDE

OGGETTO: *richiesta PERMESSI RETRIBUITI PER ASSISTENZA A FAMILIARI IN SITUAZIONE DI HANDICAP GRAVE (art. 33 – comma 3 - Legge 104/92)*

Il/la sottoscritto/a, in servizio presso il Comune di Savigliano, con contratto a tempo indeterminato e rapporto di lavoro a tempo pieno / parziale% di tipo.....in qualità di categoria,posizione economica.....

CHIEDE

in quanto assistente portatore di handicap in situazione di gravità (come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale a seguito richiesta iniziale fruizione dei permessi di cui all'art. 33 Legge 104/92)

di fruire di:

- o n.....giorno/i di permesso retribuito (max 3 giorni mensili, anche consecutivi)
dal.....al.....o il.....

oppure (max 18 ore mensile)

- o n..... ore del giornodalle ore.....alle ore.....
- o n..... ore del giornodalle ore.....alle ore.....

Data.....

Il/la dipendente

Firma.....

Il Responsabile del Settore:

☐ autorizza

☐ non autorizza per la seguente motivazione.....

.....

Firma.....