



**COMUNE DI SAVIGLIANO**

Al Segretario Generale  
o  
al Responsabile del ..... Settore

All'Ufficio "Gestione del Personale"

SEDE

**OGGETTO: richiesta PERMESSI RETRIBUITI PER PORTATORE DI HANDICAP GRAVE (art. 33 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 portatore di handicap grave (come da documentazione acquisita al proprio fascicolo personale)

di usufruire di:

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

*o in alternativa*

- o di assentarsi dal luogo di lavoro per ore..... (massimo 2 ore giornaliere) a partire dal.....quale permesso retribuito concesso dalle normative vigenti.

Data.....

Il/la dipendente

Firma.....

Il Responsabile del Settore:

- autorizza
- non autorizza per la seguente motivazione.....  
.....

Firma.....