



*Provincia di BARLETTA – ANDRIA – TRANI*  
Piazza Umberto I – 76123 - ANDRIA  
CF: 81001210723 - P.IVA: 00956770721  
Tel. 0883/290306 - Fax. 0883/290225  
**Settore Programmazione Economico Finanziaria-Tributi-  
Politiche Comunitarie-Partecipazioni Societarie-Risorse Umane**

Al Sig. Dirigente del Servizio Risorse Umane

Al Sig. Dirigente del Settore N. \_\_\_\_\_

LORO SEDI

**Oggetto: Domanda di congedo retribuito per gravi motivi familiari art. 33 del CCNL del (2016-2018) ex art.4 Legge 53/2000.**

ù

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente in \_\_\_\_\_, dipendente di questa Amministrazione, con profilo professionale di  
\_\_\_\_\_, categoria \_\_\_\_\_, Settore \_\_\_\_\_ Badge  
n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di usufruire di gg. \_\_\_\_\_ (massimo tre) a partire dal \_\_\_\_\_, quale permesso retribuito  
concesso dalle normative vigenti.

Tale richiesta viene avanzata in quanto il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_,

- legato al/la sottoscritto/a con vincolo di parentela entro il secondo grado  
 componente della propria famiglia

si trova soggetto a situazione di grave infermità.

Il/La sottoscritto/a allega alla presente la certificazione rilasciata dal medico competente attestante la  
patologia causante lo stato di grave infermità a cui è soggetto il mio familiare sopraccitato;

Data, li \_\_\_\_\_

FIRMA

VISTA LA RICHIESTA, SI AUTORIZZA

Il Dirigente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_