



Provincia di BARLETTA – ANDRIA – TRANI
Piazza Umberto I –
CF: 81001210723 - P.IVA: 00956770721
Tel. 0883/290318 - Fax. 0883/290225

SETTORE PERSONALE e ORGANIZZAZIONE

Al Sig. Dirigente
del Settore Personale

Al Sig. Dirigente
del Settore _____
LORO SEDI

Oggetto: **Domanda di congedo retribuito per gravi motivi familiari** (art. 4 Legge 53/2000)

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.
- Di assentarsi dal luogo di lavoro per ore _____ al giorno (massimo diciotto ore annuali) 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.

Consapevole della responsabilità amministrativa, civile e penale previste per il caso di dichiarazioni false e fraudolente dirette a procurare indebitamente le indennità, dichiaro che i permessi richiesti vengono usufruiti entro sette giorni dal verificarsi della grave infermità, o si è resa la necessità di interventi terapeutici derivanti dallo stato di salute del/la proprio/a assistito/a.

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
