

**PRATICA DI ACCESSO AI PERMESSI PER DIPENDENTE DISABILE  
(LEGGE 104/1992 ART.33 COMMA 3 e s.m.i.)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, matr. \_\_\_\_\_ (tel. \_\_\_\_\_),  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
in servizio presso il Dipartimento \_\_\_\_\_  
nel settore scientifico-disciplinare \_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 445/2000)

**CHIEDE**

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 e s.m.i. in quanto portatore di handicap in situazione di gravità, RIVEDIBILE in data \_\_\_\_\_, ovvero NON RIVEDIBILE;  
a tal fine dichiara che:

- Necessita delle agevolazioni per le esigenze legate alla propria situazione di disabilità;
- si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni (revoca del riconoscimento dello stato di disabilità grave in caso di rivedibilità, ricovero a tempo pieno);
- si impegna, nel caso in cui sia stato dichiarato "rivedibile" ed il certificato della Commissione medica sia prossimo a scadenza, a consegnare il nuovo certificato medico, a seguito di visita di controllo della Commissione Medica, da cui risulta il permanere dello stato di gravità dell'handicap;

Si allega:

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, Legge n. 104/1992 integrata ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D.L. n. 78/2009 convertito nella Legge n. 102/2009 attestante lo stato di "disabilità grave" ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992;.
- fotocopia del codice fiscale e del documento di riconoscimento del dichiarante.

Bari, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

**Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto oppure sottoscrivere e allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. In caso di documento non più valido il dipendente deve dichiarare, nella fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio. (art. 38 DPR 445/00).**

Il/La sottoscritto/a autorizza l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro al trattamento dei propri dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, per finalità strettamente connesse alla trattazione della presente domanda, conformemente all'informativa privacy pubblicata all'indirizzo <http://www.uniba.it/informativaprivacy>, a cui si rinvia.

\_\_\_\_\_  
(firma)

**NB Il presente modulo dovrà pervenire alla U.O. Gestione documentale di questa Amministrazione -Palazzo Ateneo- anche tramite posta certificata all'indirizzo [universitabari@pec.it](mailto:universitabari@pec.it).**