

Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Bari Aldo Moro

**RICHIESTA FRUIZIONE TRE GIORNI DI PERMESSO MENSILE PER IL DIPENDENTE
PORTATORE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA'**

(ai sensi dell'art. 33 della Legge n. 104/1992 e della legge n. 53/2000 e successive modificazioni)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____, matr. _____ (tel. _____), 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,

portatore di handicap grave accertato dalla Commissione ASL di _____
RIVEDIBILE in data _____ ovvero, NON RIVEDIBILE;

CHIEDE

- la fruizione del permesso (3 giorni nel mese) spettante al dipendente portatore di handicap in situazione di gravità, ai
sensi dell'art. 33 della Legge n.104/1992 e dell'art. 20 della Legge n. 53/2000 e s.m.i.;
- dal _____ al _____;
dal _____ al _____;
dal _____ al _____;

A tal fine, dichiara che :

- 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;

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, ovvero, qualora la Commissione non si pronunci entro 45 gg. dalla
presentazione della domanda, copia del **certificato provvisorio di handicap** (valido fino all'emissione di quello definitivo);
- fotocopia del codice fiscale e del documento di riconoscimento del dichiarante.

Luogo e Data _____

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.**



Direzione Risorse Umane – Sezione Personale Docente

U.O. Carriera Personale Docente Tel 080 5714309-4320-4278
U.O. Ricercatori e Assegnisti Tel. 080 5714319 -4028 -4280
fax 080571-4560 universitabari@pec.it