



Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Bari Aldo Moro
Piazza Umberto I
BARI

PRATICA DI ACCESSO AI PERMESSI PER DIPENDENTE DISABILE

(LEGGE 104/1992 ART.33 COMMA 3)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

codice fiscale _____

e residente in _____

alla via _____

in servizio presso (indicare la struttura di appartenenza) _____

con contratto di lavoro:

- Tempo indeterminato
- FullTime
- Part-time: percentuale di Part-time: _____
 - o Orizzontale
 - o Verticale
 - o Misto
- Tempo determinato

CHIEDE

di fruire dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 secondo una delle seguenti modalità:

(barrare la casella che interessa)

3 giorni di permesso al mese

Ovvero

18 ore al mese

2 ore al giorno

in quanto disabile:

Rivedibile in data _____;

Non rivedibile.

COORDINAMENTO DELLA MACRO AREA
PERSONALE TECNICO AMMINISTRATIVO

AREA GESTIONE ORARIO DI LAVORO
SETTORE I – RILEVAZIONE AUTOMATIZZATA E
SERVIZI TELEMATICI

Via Suppa 9 70121 Bari (Italy)
tel (+39) 080 5718014 • fax (+39) 080 5717724
nicola.monno@uniba.it
www.uniba.it
c.f. 80002170720 p. iva 01086760723

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara che:

- 1) Necessita delle agevolazioni legate alla propria situazione di disabilità;
- 2) è consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'Amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano per l'effettiva tutela dei disabili;
- 3) 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), e il rinnovo annuale previsto dalla normativa vigente.

Si allega:

(barrare la casella che interessa)

- copia del verbale della apposita Commissione Medica di cui all'art. 4, comma 1, L. 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 104/1992.

- fotocopia del codice fiscale del dichiarante, fotocopia documento riconoscimento del dichiarante.

Data _____

Firma del dipendente

COORDINAMENTO DELLA MACRO AREA
PERSONALE TECNICO AMMINISTRATIVO

AREA GESTIONE ORARIO DI LAVORO
SETTORE I – RILEVAZIONE AUTOMATIZZATA E
SERVIZI TELEMATICI

Via Suppa 9 70121 Bari (Italy)
tel (+39) 080 5718014 • fax (+39) 080 5717724
nicola.monno@uniba.it
www.uniba.it
c.f. 80002170720 p. iva 01086760723