



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI BARI
ALDO MORO**

Al Direttore Generale
Direzione Risorse Umane
Sezione personale contrattualizzato
U.O. Rilevazione e Monitoraggio Orario di
Lavoro

RINNOVO RICHIESTA

DI ACCESSO AI PERMESSI PER DISABILE (LEGGE 104/1992 ART.33 COMMA 3)

COGNOME e NOME _____

nato/a _____ il _____

codice fiscale _____

e residente in _____

alla via _____

in servizio presso (indicare la struttura di appartenenza) _____

con contratto di lavoro:

- Tempo indeterminato
- Full Time
- Lavoro su turni
- Part-time: percentuale di Part-time: _____
 - Orizzontale
 - Verticale
 - Misto
- Tempo determinato

RINNOVA LA RICHIESTA

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.

Per Informazioni

Tel. 080.571.7716-8246-4792-8024-8051-4789-8019-8017-7725-7723-8014 dalle 8.30 alle 10.00

apertura al pubblico lun. -ven. dalle 11.00 alle 13.00

scrivere all'indirizzo dedicato info.agol@uniba.it

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. restano **IMMUTATE** tutte le condizioni, già dichiarate nella pratica di accesso ai permessi assunta al prot. n. _____ del _____ in base alle quali è stato concesso l'accesso ai benefici dell'art. 33 comma 3 della legge n. 104/1992 e s.m.i..
2. si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni, e il rinnovo annuale previsto dalla normativa vigente.
3. 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 rilasciato dalla Commissione medica, a seguito di visita di controllo, da cui risulta il permanere dello stato di disabile in condizioni di gravità.

Si allega:

- fotocopia del codice fiscale e del documento riconoscimento.

Data _____

Firma richiedente

Per Informazioni

Tel. 080.571.7716-8246-4792-8024-8051-4789-8019-8017-7725-7723-8014 dalle 8.30 alle 10.00

apertura al pubblico lun. -ven. dalle 11.00 alle 13.00

scrivere all'indirizzo dedicato info.agol@uniba.it