



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

RINNOVO RICHIESTA

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
- Full Time
- Part-time: percentuale di Part-time: _____
 - o Orizzontale
 - o Verticale
 - o 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.

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) restano **IMMUTATE** tutte le condizioni, già dichiarate nella richiesta relativa all'anno _____, 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.
- 2) si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue 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 gravità dell'handicap.

Si allega:

- fotocopia del codice fiscale e del documento riconoscimento.

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