



Alla U.O. Funzionamento Servizi Sociali
Sede

OGGETTO: **Servizio e sostegno ai dipendenti con figli diversamente abili – richiesta contributo anno _____.**

Il/La sottoscritto/a _____
in servizio presso _____
matr. _____ tel. uff. _____ cell. _____

CHIEDE

che gli/le venga erogato il contributo per:

frequenza di strutture sportive e di accoglienza

sostegno domiciliare

per il proprio/a figlio/a _____
di anni _____ (nato il _____)
C.F. _____

A tal fine allega alla presente la documentazione contabile, in originale, richiesta, nonché la certificazione della percentuale di invalidità rilasciata dall'Ente competente.

Informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679:
<https://www.uniba.it/ateneo/privacy/informative/personale/view> .

Bari, _____

Firma

SEZIONE ECONOMATO
U.O. FUNZIONAMENTO SERVIZI SOCIALI

/o Centro Polifunzionale Studenti (Palazzo ex Poste)
Piazza Cesare Battisti, n. 1 - 70121 Bari (Italy)
tel (+39) 080 5714117 • fserviz.isociali@uniba.it
www.uniba.it
c.f. 80002170720 p. iva 01086760723