



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](mailto:fserviz.isociali@uniba.it)  
[www.uniba.it](http://www.uniba.it)  
c.f. 80002170720 p. iva 01086760723