



Direzione Risorse Umane ed affari generali
Ufficio Personale Tecnico Amministrativo
Via Palladio, 8
33100 Udine

Udine,

Oggetto: Domanda ammissione benefici L.104/92 per se stessi

Il sottoscritto _____

in servizio presso: _____

avendo ottenuto il riconoscimento di persona con handicap in situazione di gravità dalla
competente Commissione medica di _____ (_____)

C H I E D E

di poter fruire dei benefici previsti dall'art. 33 L. 104/92, con le seguenti modalità:

- tre giorni mensili di permesso retribuito (max. 3 gg. al mese, riproporzionati in caso di part-time verticale e misto)
- due ore di permesso giornaliero retribuito (un'ora se l'orario è inferiore alle 6 ore giornaliere)

A tal fine allega:

1. copia della documentazione rilasciata dalla Commissione medica di accertamento dell'handicap;
2. dichiarazione sostitutiva di atto notorio

Firma del richiedente
