



All'Area Organizzazione e Personale (APER)
Università degli Studi di Udine
SEDE

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

Il sottoscritto _____ (matr. _____) nato a _____ il ___/___/___

residente a _____ in Via _____, n. _____

dipendente dell'Università degli Studi di Udine con il profilo professionale Cat. _____

con contratto a tempo: determinato indeterminato part-time full-time

in servizio presso : _____

avendo ottenuto il riconoscimento di persona con handicap in situazione di gravità dalla competente commissione sanitaria 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;
- due ore di permesso giornaliero retribuito.

A tal fine allega:

1. copia del certificato ASL;
2. dichiarazione sostitutiva di atto notorio.

Udine,

Firma del richiedente
