

Al Magnifico Rettore

Università degli Studi di Foggia

Il /La SOTTOSCRITTO/A

Cognome:	Nome:
Matricola:	Categoria:
Sede di servizio:	Orario di servizio: tempo pieno part-time orizzontale part verticale di ore.....
Residenza:	

CHIEDE

di usufruire (art.33 comma 6 L. n.104/92) di fruire:

3 giorni di permesso mensile

ovvero

2 ore giornaliere

in quanto affetto da handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art.4 comma 1.

Si allega:

- certificato della competente A.U.S.L. che attesta la presenza di una minorazione rientrante nella definizione di handicap di cui commi 1 e 3 dell'art. 3 della legge 104/92, con CONNOTAZIONE DI GRAVITA'.

Foggia, _____

Firma

Visto per conoscenza:

Il Responsabile della struttura
