

**AL DIRETTORE GENERALE
DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI
DI CASSINO E DEL LAZIO MERIDIONALE**

Il/la sottoscritto/a _____,
dipendente di codesta Università, cat. _____. Posizione economica __, in servizio presso
_____ essendo stato/a riconosciuto/a persona disabile
in situazione di gravità dalla competente commissione sanitaria:

C H I E D E

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

- ◇ Tre giorni di permesso retribuito al mese, frazionabili in ore (18 ore mensili);
- ◇ Due ore di permesso giornaliero retribuito;
- ◇ _____(in caso di part-time/contratto a tempo determinato);

A tal fine allega Certificato ASL competente, attestante situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art. 4 L. 104/92 (in originale o copia autentica);

Si impegna a comunicare eventuali variazioni che potrebbero influire sul godimento del permesso nel corso dell'anno ed a rinnovare, con cadenza annuale, tale richiesta, al fine di poter fruire dei benefici previsti dall'art. 33 L. 104/92 .

Data _____

Firma
