

Al Magnifico Rettore

Il/la sottoscritto/a			
nato/a il		a	
qualifica		S.S.D.	
Codice fiscale			
in servizio presso il Dipartimento di			
Residente /Domiciliato/a	in	via/piazza	
Email			
telefono			

CHIEDE

i sensi dell'art. 33 della Legge 104/1992, di fruire dei relativi benefici, riconosciuti dalla competente Commissione medica dell'ASP

di

in data

Si allega

Certificato rilasciato dalla commissione ASL competente, attestante la situazione di gravità accertata ai sensi del comma 1 art.4 L.104/92 (in originale o copia autentica se non è già in possesso di questa Amministrazione)
--

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni intervenute in ordine a quanto dichiarato (es. ricovero a tempo pieno del portatore di handicap, la revisione del giudizio di gravità dell'handicap da parte della Commissione ASL, etc....)

Il/la sottoscritto/a è inoltre consapevole che l'amministrazione è tenuta a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false può subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti:

Dichiara inoltre che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e che è consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni mendaci (art. 495 c.p. e artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000)

Palermo,

firma