

AL DIRETTORE GENERALE UNIVERSITÀ DEGLI STUDI PALERMO

OGNOMENO			NOME		categoria ¹	_ matricola
spese scritto/	sostenute nell'a	nno 2017 e/o l'er 31.12.2017 il pro	ogazione di	un sussidio, con	ne di seguito specificat	2015, chiede il parziale rimbo o e documentato. A tal fine e che alla medesima da
n.	Cognome	Nome	Data di nascita	Comune di nascita	Codice fiscale	Grado di parentela
1						Dichiarante
2						Coniuge
3						Figlio/a
4						Figlio/a
5						Figlio/a
6						Figlio/a
7						
8						

¹ I dipendenti con rapporto di lavoro a tempo determinato, oltre la categoria, devono riportare la sigla **TD**² Per la composizione del nucleo familiare, vedere allegato "A". (valido per l'art. 5 comma 2-bis)

Il/la sottoscritto/a	nato/a il
dichiara che per le spese per le quali con la presente istanza che il 25/02/2015, non è stata presentata analoga richiesta né pres	niede il contributo in applicazione dell'art. 2 del Regolamento approvato so questa né presso altre amministrazioni o enti pubblici.
secondo le modalità di cui all'art. 19-bis del DPR 28 dicembre	ati alla presente sono rese conformi agli originali in suo possesso, 2000 n. 445 o che alla presente è allegata dichiarazione sostitutiva 445/2000. Alla predetta dichiarazione è acclusa copia di un valido
Regolamento degli Interventi a favore del personale saranno ra	la domanda di fruizione dei benefici previsti dagli artt. 2 e 3 del accolti e trattati dall'Università di Palermo nel rispetto del D.lgs. 196/03, o regolamento. Il conferimento dei dati è obbligatorio pena l'esclusione
	a cui il diritto di accesso ai dati che lo/a riguardano. Tali diritti potranno ermo titolare del trattamento.
• • • • • • • • • • • • • • • • • • •	della consapevolezza che le dichiarazioni mendaci sono punite ai ggi speciali in materia e che comunque escluderebbero lo scrivente
Sede di servizio	
recapito telefonico fax	E-mail
Data assunzione o cessazione	(solo per i dipendenti assunti o cessati dal servizio nel corso del 2017)
La presente richiesta è complessivamente composta da nº	pagine.
Data firma del/la	dipendente