



Al Direttore del Dipartimento [redacted]
Al Settore Carriere Professori
e Ricercatori e Gestione Previdenziale

Il/la sottoscritto/a [redacted] nato/a il [redacted]

a [redacted] qualifica [redacted] S.S.D. [redacted]

Cod. fiscale [redacted]

in servizio presso il Dipartimento di [redacted]

residente/domiciliato/a in [redacted]

Via/piazza [redacted]

email [redacted] telefono [redacted]

CHIEDE

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

di [redacted] in data [redacted]

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: Dichiaro 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, [redacted]

Firma [redacted]