



**CITTÀ DI
CASTELVETRANO
SELINUNTE**

Libero Consorzio Comunale di Trapani

Collegiata di Maria - Piazza D'Aragona e Tagliavia n° 2
91022 Castelvetro (TP) – tel. 0924/909554 – 0924/909284 – fax: 0924/932447
Codice Fiscale 8100121 081 4 Partita I.V.A. 0029648 081 7



Al Dirigente del Settore Affari Generali
SEDE

OGGETTO: richiesta di fruizione dei benefici legge 104/92 e s. m. i.- Dipendente portatore di handicap grave.

Il/la sottoscritto/a _____, in servizio presso _____
_____, Categoria _____, dichiarato/a dalla
competente ASL portatore di handicap in situazione di gravità, ai sensi della Legge n. 104/92 e
successive modificazioni ed integrazioni

CHIEDE

la riduzione di due ore dell'orario giornaliero di servizio, effettuando il seguente orario
settimanale di lavoro: _____

_____.

OVVERO

la fruizione di n. 3 giorni di permesso mensile o, in alternativa, di n. 12/18 ore di permesso
mensile.

Il/la sottoscritto/a dichiara di

- avere necessità delle agevolazioni per le necessità legate alla propria situazione di disabilità e si impegna a comunicare il venir meno dei requisiti che hanno dato luogo alla concessione dei permessi retribuiti;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 in materia di Tutela dei dati personali e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega alla presente:

- copia del verbale della competente certificazione della competente A.S.L. attestante lo stato di portatore/trice di Handicap grave,
- copia documento d'identità

Il/La dipendente
