

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

Residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_,

in servizio presso \_\_\_\_\_ nell' a.s. \_\_\_\_\_,

qualifica \_\_\_\_\_,

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:

\_\_\_\_\_

OVERO

- ☐ la fruizione di n.3 giorni di permesso mensile o, in alternativa, di n.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.

Allega copia del verbale della competente ASL, attestante lo stato di portatore/trice di handicap grave.

Data

Firma