



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

Il/la sottoscritto/a _____ matr.n. _____

Autorizzato a fruire dei permessi ai sensi dell'art.33, L.104/92, per assistere _____

con la presente rinuncia alla fruizione, dal _____

in quanto:

- il portatore di handicap è ricoverato a tempo pieno dal ____/____/____ presso un istituto specializzato;
- il portatore di handicap è deceduto il ____/____/____ a _____;
- i permessi verranno fruiti esclusivamente da altra persona, dal ____/____/____;
- è stato **revocato il giudizio di " gravità "** da parte della competente commissione a decorrere dalla data del ____/____/____.

Cordiali saluti

Milano _____

Firma del dichiarante

Ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 2003 e sue successive modifiche e integrazioni, nonché del Regolamento UE 679/2016, nel rispetto delle disposizioni in materia di privacy, i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per cui sono richiesti. I dati personali e sensibili inoltre possono essere oggetto di comunicazione ad altre amministrazioni pubbliche (o soggetti privati), nei casi previsti dalla legge e/o qualora queste debbano trattare gli stessi per eventuali procedimenti di propria competenza.