

Al Dirigente  
Area Risorse Umane  
Università degli Studi di Firenze  
mail: richieste.dipendenti@adm.unifi.it

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

- Dirigente dell'Area \_\_\_\_\_  
 Dirigente del Polo \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di usufruire dei benefici di cui all'art. 20, comma 8, del C.C.N.L. del 05.03.2008 per l'assenza per malattia determinata da terapia invalidante connessa a grave patologia, così come certificata da (specificare il soggetto certificante: **Struttura Sanitaria – Azienda Ospedaliera - Azienda Sanitaria Locale**):

- \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
  - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
  - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
  - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
  - per il giorno \_\_\_\_\_
  - per il giorno \_\_\_\_\_
  - per il giorno \_\_\_\_\_
  - per il giorno \_\_\_\_\_

A tal fine allega:

- certificato di dimissione per ricovero ospedaliero o in day hospital da cui si rileva anche che il ricovero è collegato a una grave patologia.(rilasciato dalla struttura sanitaria – Azienda Ospedaliera, Azienda Sanitaria Locale, struttura convenzionata);
- n. \_\_\_\_\_ certificati del medico curante del Servizio Sanitario Nazionale o certificati di dimissione da strutture di ricovero dai quali si rileva che i giorni di malattia prescritti sono collegati alla grave patologia diagnosticata e la terapia prescritta è invalidante.

*Il/la sottoscritto/a è consapevole che:*

- è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000);
- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445).

Firenze, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_





(allegare alla richiesta suddetta)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445**

che la copia del/dei documento/i allegato/i alla presente richiesta è conforme all'originale in suo possesso.

*Il/la sottoscritto/a è consapevole che:*

- è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000);
- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445).

Firenze, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_