

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 _____

TRASMETTE

la certificazione medica attestante la grave patologia di cui è affetto, rilasciata da **(specificare il soggetto certificante: Struttura Sanitaria - Azienda Ospedaliera - Azienda Sanitaria Locale):**

E 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 alla grave patologia,

- dal _____ al _____

- 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 _____