

Al Dirigente
Area Persone e Organizzazione
Università degli Studi di Firenze
SEDE

e p.c. Al Dirigente/Responsabile/RAD

Il/La sottoscritto/a _____ matr. _____

Categoria _____ con contratto a tempo determinato

recapito telefonico: _____ mail (campo obbligatorio) _____

CHIEDE

di usufruire di un **permesso retribuito** ai sensi:

dell'art. 49, comma 4, del C.C.N.L. 19.04.2018, per documentata grave infermità

per il giorno _____

per il periodo dal _____ al _____

per il periodo dal _____ al _____

per assistere _____ (Nome e cognome)

grado di parentela _____ (coniuge, parente entro il secondo grado, convivente)

Allega la relativa documentazione e copia del documento di riconoscimento.

di usufruire di un **permesso non retribuito** ai sensi dell'art. 54, comma 1, lett. d) del C.C.N.L. 19.04.2018

per il giorno _____

per il periodo dal _____ al _____

A tal fine:

dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, che:

il giorno _____

allega la relativa documentazione e copia del documento di riconoscimento.

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 _____ (*)



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Area Persone e Organizzazione

Unità di Processo Amministrazione Personale Tecnico-Amministrativo e Collaboratori ed Esperti Linguistici

Mod. Permessi personale a tempo determinato – Anno 2023

(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 _____(*)