

Al Dirigente
Area Persone e Organizzazione
Università degli Studi di Firenze
email: richieste.dipendenti@adm.unifi.it

e p.c. Al Dirigente/Responsabile/RAD

Il/La sottoscritto/a _____ matr. _____ cat. _____
con contratto a tempo indeterminato/determinato superiore a 6 mesi e: tempo pieno tempo parziale
recapito telefonico: _____ mail (campo obbligatorio) _____

COMUNICA

di aver usufruito di un [permesso orario retribuito](#) ai sensi dell'art. 101 del C.C.N.L. 18/01/2024:

- il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ (1)

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 _____ si è recato/a presso (denominazione e indirizzo) _____

per effettuare:

- visita medica
- terapie mediche
- prestazioni specialistiche/esami diagnostici.

Allega, a tal fine, l'attestazione medica rilasciata dalla struttura sanitaria.

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 _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, e del D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. Tutte le informazioni relative ai trattamenti effettuati e per l'esercizio dei diritti degli interessati sulla protezione dei dati personali sono reperibili sul sito web dell'Ateneo all'indirizzo www.unifi.it/vp-11360-protezione-dati.html

