

Al Dirigente  
Area Risorse Umane  
Università degli Studi di Firenze  
Piazza S. Marco, 4  
50121 FIRENZE

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

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

autorizzato a fruire delle ferie dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di poterle sospendere a decorrere dal \_\_\_\_\_ per:

- malattia (superiore a tre giorni) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
  - ricovero ospedaliero dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- come da certificato medico allegato.

### DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- di aver provveduto, nei termini previsti, a comunicare l'assenza all'Ufficio Gestione del Rapporto di Lavoro del Personale Tecnico – Amministrativo e dei Collaboratori ed Esperti Linguistici ed alla Direzione Amministrativa;
- che tale assenza:
  - non è ascrivibile a responsabilità di terzi.**
  - è ascrivibile a responsabilità di terzi.** Allega, a tal fine, la dichiarazione contenente le informazioni necessarie (Mod. A).
- che durante la malattia sarà reperibile al seguente recapito:

Presso: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_

Località: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

### ALLEGA

- Certificato medico
- Certificato di ricovero
- Copia del documento di identità.

*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 \_\_\_\_\_ (\*)

|   |
|---|
| <p>Ai sensi dell'art. 21, comma 2, D.P.R. 445/2000 attesto che la sottoscrizione della dichiarazione sopra riportata è stata apposta in mia presenza dal dichiarante Sig. _____ identificato con _____ n. _____ rilasciato/a il _____ da _____ e preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui si può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76 D.P.R. 445/2000).</p> <p>Firenze, _____ L'incaricato _____</p> <p>(Spazio riservato all'autentica della firma)</p> |
|---|

**(\*) Allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. In caso di documento non più valido il dipendente deve dichiarare, nella fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio (art. 38 del D.P.R. 445/2000).**

#### INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

(Articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni)

L'Ufficio provvederà al trattamento dei dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

Titolare del trattamento: Università degli Studi di Firenze

Responsabile del trattamento: Dott.ssa Jessica Cruciani Fabozzi – Tel. 0552757449- 7329 – 7339 – Fax 0552757619

Ai sensi dell'articolo 7 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 l'interessato/a ha diritto di ottenere l'accesso, l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione ed il blocco dei dati, nonché di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione) dei propri dati personali.

Firenze, li \_\_\_\_\_

Per presa visione, il/la dichiarante

\_\_\_\_\_



(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 \_\_\_\_\_(\*)

