

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

e p.c.

Al Responsabile

Il sottoscritto _____ matr. _____
recapito telefonico _____

CHIEDE

- di fruire dei riposi giornalieri previsti dall'art. 40 del D. Leg.vo 151/2001 dal _____ al _____ per il/la/i figlio/a/i _____,
- di fruire dei riposi aggiuntivi previsti dall'art. 41 del D. Leg.vo 151/2001 in caso di parto plurimo, dal _____ al _____ per il/la/i figlio/a/i _____.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- che il/la figlio/a _____, è nato/a il giorno _____ nel Comune di _____;
- che i figli _____,
_____,
_____,
sono nati il giorno _____ nel Comune di _____.

(DA COMPILARE IN CASO DI RICHIESTA DEI RIPOSI DI CUI ALL'ART. 40 DEL D. LGS. 151/01)

- che la madre _____ nata a _____ il _____:
- è affetta da grave infermità;
 - è deceduta in data _____ a _____;
 - ha abbandonato il/la figlio/a _____ in data _____ a _____;
 - lavoratrice dipendente presso (indicare Ente/Azienda) _____, Via/Piazza (ind. Azienda) _____, Comune _____ Tel. _____, rinuncerà ad usufruire dei suddetti riposi giornalieri per i periodi suindicati;
 - non è lavoratrice dipendente ma:
 - lavoratrice autonoma/libera professionista, ecc. _____



presso _____
(indicare il luogo di esercizio dell'attività);
 casalinga.

(DA COMPILARE IN CASO DI RICHIESTA DEI RIPOSI AGGIUNTIVI DI CUI ALL'ART. 41 DEL D. LGS. 151/01)

- che usufruirà dei riposi aggiuntivi previsti dall'art. 41 del D. Leg.vo 151/2001:
- in via esclusiva
 - congiuntamente con l'altro genitore _____, nato a _____ il _____
 - lavoratore dipendente presso (indicare Ente/Azienda) _____, Via/Piazza (ind. Azienda) _____, Comune _____ Tel. _____;
 - lavoratore autonomo;

A tal fine dichiara che la madre non usufruisce dei suddetti riposi negli stessi periodi richiesti dal sottoscritto.

ALLEGA:

- la copia del provvedimento di affidamento esclusivo (in alternativa alla dichiarazione sostitutiva);
- il certificato medico comprovante la grave infermità della madre e la sua inidoneità ad assistere il/la minore;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione o, in alternativa, certificato di morte della madre;
- copia del documento di identità

Il sottoscritto è consapevole che:

- è soggetto 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 _____ (*)

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). Firenze, _____ L'incaricato _____ (Spazio riservato all'autentica della firma)

(*) Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto oppure sottoscrivere e 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. 0552757329-253-355 – 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 dichiarante



DICHIARAZIONE DELLA MADRE NATURALE

La sottoscritta _____, nata a _____
il _____ e residente in _____,
provincia _____ Via/Piazza _____
dipendente presso (indicare Ente/Azienda) _____
Via/Piazza (ind. Azienda) _____
Comune _____ Tel. _____
Fax _____

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445:

- di non svolgere alcuna attività lavorativa;
- di rinunciare a fruire dei riposi giornalieri per il periodo dal _____ al _____
e di prestare regolare attività lavorativa presso (indicare Ente/Azienda) _____
_____ Via/Piazza (ind. Azienda) _____
_____ Comune _____
Tel. _____ Fax _____
- di non essere lavoratrice dipendente ma:
- lavoratrice autonoma/libera professionista, ecc. _____ presso

(indicare il luogo di esercizio dell'attività);
- casalinga impossibilitata a dedicarsi alla cura del figlio poiché impegnata, nel periodo richiesto,

_____.

A tal fine allega l'idonea documentazione.

ALLEGA: copia del documento di identità.

La sottoscritta è consapevole che è soggetta 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).

Firenze, _____ Firma _____

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. 0552757329-253-622 – Fax 0552757619

Ai sensi dell'articolo 7 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 l'interessata 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, 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 _____ (*)

