

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

e p.c. Al Dirigente/Responsabile

Il/La sottoscritto/a _____ matr. _____

recapito telefonico: _____

CHIEDE

di poter usufruire di un permesso retribuito ai sensi:

- art. 30, comma 1, del C.C.N.L. 16.10.2008, 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.

- art. 30, comma 2, del C.C.N.L. 16.10.2008, per nascita figli o per gravi motivi personali o familiari

per il giorno _____

per il periodo dal _____ al _____

per il periodo dal _____ al _____

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

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 _____

il giorno _____ si è recato/a dalle ore _____ alle ore _____

presso _____

_____ (Denominazione e indirizzo)

per accompagnare _____ (Nome e cognome)

grado di parentela _____ data di nascita _____

ad effettuare visita medica specialistica.

Allega, a tal fine, 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 _____ (*)

<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). Firenze, _____ L'incaricato _____ (Spazio riservato all'autentica della firma)</p>

(*) 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. 0552757329-256-355 – 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/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 _____(*)

