

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 essere collocato/a in congedo per gravi motivi di famiglia **senza assegni**, ai sensi dell'art. 4, comma 2, della legge 08.03.00, n. 53, del D.M. 21.07.2000, n. 278 e degli artt. 32 e 38 del C.C.N.L. del 16.10.2008:

per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

per il/i giorno/i \_\_\_\_\_.

A tal fine, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445,

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità che nel suddetto periodo:

- usufruirà del congedo per il seguente motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- non svolgerà alcun tipo di attività incompatibile con il rapporto di lavoro ai sensi dell'art. 60 e seguenti del T.U. 10.01.57, n. 3 e dei rispettivi Regolamenti per il conferimento di incarichi retribuiti ai sensi dell'articolo 53 del Decreto Legislativo n. 165/2001, emanati con D.R. n. 292 e 293 del 16.02.09.

Il/La sottoscritto/a, inoltre,

### E' CONSAPEVOLE CHE:

- non potrà usufruire continuativamente di due periodi non retribuiti di aspettativa o di congedo, anche richiesti per motivi diversi, esclusi quelli per motivi di salute, se tra essi non intercorrano almeno quattro mesi di servizio attivo.

- 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).

ALLEGA la relativa documentazione.

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

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



Nulla osta:  
Il Dirigente/Responsabile della struttura

\_\_\_\_\_

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, \_\_\_\_\_

Per presa visione, il/la dichiarante

\_\_\_\_\_

