

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

Il/La sottoscritto/a _____ matr. _____
recapito telefonico _____

TRASMETTE

- ✓ il verbale di accertamento dello stato di invalidità civile rilasciato in data _____ da
(specificare il soggetto certificante: Struttura Sanitaria - Azienda Ospedaliera - Azienda Sanitaria Locale):

con il quale al/alla sottoscritto/a viene riconosciuta:

- un'invalidità civile con una percentuale pari al _____;
- un'invalidità civile con una percentuale pari al _____, rivedibile dopo _____
mesi dal _____;
- ✓ la dichiarazione per l'autorizzazione al computo, ai sensi della Legge 68/99, da inoltrare alla Provincia di
Firenze – Collocamento Mirato.

Il/La sottoscritto/a dichiara, ai sensi degli artt. 47, 38 e 19 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, che la fotocopia
allegata è conforme all'originale.

**Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare ogni eventuale variazione relativa al suo stato di
invalidità civile.**

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).

Il/La sottoscritto/a allega fotocopia del documento di identità in corso di validità ⁽¹⁾.

Firenze, _____ Firma _____⁽²⁾

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.

(1) La fotocopia del documento di identità in corso di validità è obbligatoria, pena la nullità della dichiarazione.

(2) La firma, da apporre per esteso ed in forma leggibile, è obbligatoria pena la nullità della dichiarazione.



Titolare del trattamento: Università degli Studi di Firenze

Responsabile del trattamento: Dott.ssa Jessica Cruciani Fabozzi – Tel. 0552757329-355 – 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



Alla Provincia di Firenze
Collocamento Mirato
Via Cavour, 37
50129 FIRENZE

Oggetto: **Computo ai sensi della Legge 68/99.**

Il/La sottoscritto/a _____

codice fiscale _____ nato/a a _____

il _____ residente in _____

Via/Piazza _____

D I C H I A R A

di essere a conoscenza, e di accettare la pratica di richiesta di computo, presentata dal mio datore di lavoro
Università degli Studi di Firenze, ai sensi della Legge 68/99.

Firma

Firenze,

Allegare copia del documento di identità

