

Al Dirigente  
Area Risorse Umane  
Università degli Studi di Firenze  
email: richieste.dipendenti@adm.unifi.it

e p.c. Al Dirigente/Responsabile/RAD

---

---

---

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_  
Categoria \_\_\_\_\_ con contratto a tempo indeterminato    tempo pieno     tempo parziale   
recapito telefonico: \_\_\_\_\_ mail (campo obbligatorio) \_\_\_\_\_

### COMUNICA

di aver usufruito di un **permesso orario retribuito** ai sensi dell'art. 51 del C.C.N.L. 19.04.2018:

- il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ <sup>(1)</sup>

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 \_\_\_\_\_ si è recato/a presso (denominazione e indirizzo) \_\_\_\_\_

per effettuare:

- visita medica
- terapie mediche
- prestazioni specialistiche/esami diagnostici.

Allega, a tal fine, l'attestazione medica rilasciata dalla struttura sanitaria.

*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 \_\_\_\_\_

(1) Compresi i tempi di percorrenza dalla sede di servizio alla struttura sanitaria e viceversa

### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, e del D. Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. Tutte le informazioni relative ai trattamenti effettuati e per l'esercizio dei diritti degli interessati sulla protezione dei dati personali sono reperibili sul sito web dell'Ateneo all'indirizzo [www.unifi.it/vp-11360-protezione-dati.html](http://www.unifi.it/vp-11360-protezione-dati.html)



(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 \_\_\_\_\_