

Al Responsabile/Dirigente/RAD

Il/La sottoscritto/a _____ matr. _____

recapito telefonico _____ mail (campo obbligatorio) _____

CCAI B=5

che usufruirà di un **permesso retribuito** ai sensi dell'art. 49, c. 4) del C.C.N.L. 19.04.2018:

-- per il giorno _____

-- dal _____ al _____

per assistere _____ (Nome e cognome)

grado di parentela _____ (coniuge, parente entro il secondo grado, convivente).

Il/La sottoscritto/a si riserva di presentare la relativa certificazione medica all'Unità di Processo "Amministrazione Personale Tecnico-Amministrativo e Collaboratori ed Esperti Linguistici" al rientro in servizio.

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 _____

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

