

Al Responsabile dell'Unità di Processo
"Amministrazione Personale Tecnico-Amministrativo
e Collaboratori ed Esperti linguistici"

Oggetto: Modifica della tipologia e/o articolazione oraria settimanale, personale in afferenza assistenziale - dipendente: _____

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità
di Dirigente/ Responsabile dell'Unità Organizzativa
_____ dell'Università degli Studi di Firenze
e

il/la sottoscritto/a _____ in qualità
di Dirigente/ Responsabile della Struttura Operativa Dipartimentale ¹
_____ dell'Azienda Sanitaria

valutate le esigenze di servizio e in accordo con il/la dipendente, **chiedono** per
(cognome e nome): _____ matr. _____
codice sede di afferenza _____
a partire dal lunedì: ² _____

e fino a diversa comunicazione,
(oppure, eventuale)³: fino al _____, data dopo la quale riprenderà l'orario attuale,
l'inserimento della tipologia oraria settimanale a tempo pieno così articolata:

lunedì	dalle ore _____	alle ore _____
martedì	dalle ore _____	alle ore _____
mercoledì	dalle ore _____	alle ore _____
giovedì	dalle ore _____	alle ore _____
venerdì	dalle ore _____	alle ore _____

data _____

IL RESPONSABILE (AZIENDA SANITARIA)

IL RESPONSABILE (UNIVERSITA')

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

"

¹ Art. 6, comma 3 dell'Accordo del 21 febbraio 2008.

² Inserire la data gg/mm/aaaa.

³ Da compilare solamente nel caso in cui il cambio di tipologia oraria sia temporaneo; la data di termine dell'orario deve coincidere con una domenica.

