

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

Il/La sottoscritto/a _____

- Dirigente dell'Area _____
- Dirigente del Polo _____

COMUNICA

che dal _____ al _____ è è stato/a assente per malattia come da certificato medico allegato.

Dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- di aver provveduto, nei termini previsti, a comunicare l'assenza all'Ufficio Gestione del Rapporto di Lavoro Tecnico Amministrativo e dei Collaboratori ed Esperti Linguistici ed alla Direzione Amministrativa;
- che tale assenza:
 - non è ascrivibile a responsabilità di terzi.**
 - è ascrivibile a responsabilità di terzi.** Allega, a tal fine, la dichiarazione contenente le informazioni necessarie (Mod. A).

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

Recapito:

Tel: _____

Via: _____

Località' _____



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

Area Risorse Umane
Unità di Processo "Amministrazione Personale Tecnico-Amministrativo e Collaboratori ed Esperti Linguistici"
Mod. Assenza per malattia – Anno 2021

(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 _____