

Al Dirigente
Area Persone e Organizzazione
Università degli Studi di Firenze
mail: richieste.dipendenti@adm.unifi.it

Il/La sottoscritto/a _____ matr. _____

Categoria _____ con contratto a tempo indeterminato tempo pieno . tempo parziale .

recapito telefonico _____ mail (campo obbligatorio) _____

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 _____.

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).

À

À

Firenze, _____ Firma _____

