STAMPA

REIMPOSTA

Modulo Trasmissione giustificazione per assenze dovute a grave patologia

Al Magnifico Rettore
Dell'Università di Parma

Il/La sottoscritto/a _____ Categoria _____

Nato/a (Comune, Provincia, Stato) _____ il _____

in servizio presso _____

nell'area _____

recapito telefonico: _____ mail (campo obbligatorio) _____

CHIEDE

di usufruire dei benefici di cui all'art. 35 comma 14 del C.C.N.L. del 16.10.2008 per l'assenza per malattia determinata da terapia invalidante connessa a grave patologia, così come certificata da **(specificare il soggetto certificante: Struttura Sanitaria – Azienda Ospedaliera - Azienda Sanitaria Locale)**:

_____

- dal _____ al _____
- dal _____ al _____
- dal _____ al _____
- dal _____ al _____
- per il giorno _____
- per il giorno _____
- per il giorno _____
- per il giorno _____

A tal fine allega:

☐ certificato di dimissione per ricovero ospedaliero o in day hospital da cui si rileva anche che il ricovero è collegato a una grave patologia.(rilasciato dalla struttura sanitaria – Azienda Ospedaliera, Azienda Sanitaria Locale, struttura convenzionata);

☐ n. _____ certificati del medico curante del Servizio Sanitario Nazionale o certificati di dimissione da strutture di ricovero dai quali si rileva che i giorni di malattia prescritti sono collegati alla grave patologia diagnosticata e la terapia prescritta è invalidante.

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).

Parma, _____ Firma _____(*)

Ai sensi dell'art. 21, comma 2, D.P.R. 445/2000 attesto che la sottoscrizione della dichiarazione sopra riportata è stata apposta in mia presenza dal dichiarante Sig. _____ identificato con _____

n. _____ rilasciato/a il _____ da _____

_____ e preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui si può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Parma, _____ L'incaricato_____

(Spazio riservato all'autentica della firma)

(*) Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto oppure sottoscrivere e allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. In caso di documento non più valido il dipendente deve dichiarare, nella fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio (art. 38 del D.P.R. 445/2000).

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

(Articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni)

L'Area Dirigenziale Organizzazione e Personale - U.O.S. Amministrazione del Personale Tecnico Amministrativo provvederà al trattamento dei dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere, l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

Titolare del trattamento: Università di Parma

Ai sensi dell'articolo 7 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 l'interessato/a ha diritto di ottenere l'accesso, l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione ed il blocco dei dati, nonché di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione) dei propri dati personali.

Parma, _____ Per presa visione, il/la dichiarante

_____

(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).

Parma, _____ Firma _____(*)