

## Modulo Trasmissione giustificazione di 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) \_\_\_\_\_

### TRASMETTE

la certificazione medica attestante la grave patologia di cui è affetto, rilasciata da (**specificare il soggetto certificante: Struttura Sanitaria - Azienda Ospedaliera - Azienda Sanitaria Locale**):

\_\_\_\_\_ al fine di  
usufruire dei benefici di cui all'art. 35 comma 14 del C.C.N.L. del 16.10.2008,

*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 \_\_\_\_\_

### 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

\_\_\_\_\_



**UNIVERSITÀ  
DI PARMA**

Area Dirigenziale Organizzazione e Personale  
U.O. Personale Tecnico Amministrativo ed Organizzazione  
Mod. Trasmissione certificazione di Grave Patologia

(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 (art. t. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445).

Parma, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

