

All'Area Personale Dirigente,
Tecnico Amministrativo e Bibliotecario

S E D E

MODULO PER LA RICHIESTA DI FERIE E FESTIVITÀ SOPPRESSE SOLIDALI

Il/La sottoscritto/a, in servizio presso l'Ateneo trovandosi nelle condizioni di cui all'art. 46 del CCNL del Comparto Istruzione e Ricerca 2016-2018

CHIEDE

di fruire di n. _____ giorni di ferie e/o festività sopresse solidali (1), ai sensi dell'art. 46 del CCNL del 19 aprile 2018, nel periodo dal _____ al _____.

A tal fine dichiara di dover prestare assistenza al/alla figli / _____
_____ nato a _____ il _____

che necessita di cure costanti, come si evince dalla documentazione medica allegata e rilasciata da _____

Il/la sottoscritto/a dichiara:

- che la fruizione delle giornate cedute avverrà dopo l'esaurimento delle ferie, delle festività sopresse, dei permessi personali e di famiglia e di eventuali riposi compensativi di propria spettanza già maturati al momento stesso della fruizione delle giornate richieste;
- di essere consapevole delle sanzioni civili e penali in cui potrà incorrere in caso di dichiarazione mendace, o di esibizione di atti falsi, o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445;
- di essere consapevole di decadere 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).

- di essere stato/a informato/a che i dati personali raccolti attraverso il presente modulo e suoi allegati sono acquisiti esclusivamente per l'elaborazione del procedimento discendente dalla sua presentazione all'amministrazione;
- di aver letto attentamente l'informativa sul trattamento dei dati personali redatta dall'Università ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e pubblicata sul portale di Ateneo;
- di dare il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità per le quali il presente modulo è presentato all'Università.

Data, _____

Firma _____

Allegati:

- documentazione medica rilasciata da struttura convenzionata o pubblica
- copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore.