

Area Personale
Dirigente, Tecnico Amministrativo,
Bibliotecario e Welfare

MODULO PER LA RICHIESTA DI FERIE E FESTIVITA' 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 solidali¹, 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.

¹La richiesta non può essere superiore a 30 giorni