



# Università degli Studi di Napoli " Parthenope"

Ufficio Personale Tecnico Amministrativo

Al Direttore Amministrativo

## ASSENZA PER MALATTIA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

cat. \_\_\_\_\_ Area \_\_\_\_\_

## CHIEDE

dal giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (totale gg. \_\_\_\_ ) (1) :

- n. \_\_\_\_ gg. di assenza per malattia (2)
- n. \_\_\_\_ gg. di assenza per visita specialistica (2)
- n. \_\_\_\_ gg. di assenza per ricovero e post ricovero ospedaliero

A tal fine si allega idonea certificazione medica.

Napoli, li \_\_\_\_\_

Firma del Dipendente

\_\_\_\_\_  
Visto:

Il Responsabile della Struttura

1) sbarrare la casella che interessa

2) art. 34 CCNL Comparto Università del 9.8.00

### AVVERTENZE:

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196 del 30.6.2003, recante norme sul trattamento dei dati personali: i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli studi di Napoli "Parthenope" titolare del trattamento. All'interessato competono i diritti di cui all'art.7 del D. Lgs n. 196/2003.

Il dichiarante è penalmente responsabile in caso di dichiarazione mendace (art.76 DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provv. emanato su base di dichiarazioni false (art. 75 DPR 28/12/2000 n. 445)