



Università degli Studi di Napoli "Parthenope"

Ufficio Gestione Presenze Personale Tecnico Amministrativo

Al Direttore Generale

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)