



Ufficio Assenze e Presenze
Personale Contrattualizzato

Al Direttore Generale

ISTANZA DI ASSENZA DAL SERVIZIO PER IL PERSONALE DIRIGENTE

Il/La sottoscritto/a _____, matr. _____,
(cognome) (nome)

Dirigente di II fascia a tempo indeterminato

C H I E D E

di fruire, per il periodo dal _____ al _____, complessivi gg. ____, dalle ore _____ alle ore _____ della seguente tipologia di assenza dal servizio:

- assenza per malattia (allegare idonea attestazione medica. Qualora l'attestato medico sia stato elaborato telematicamente, ai sensi dell'art. 55 septies, comma 2, del D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i., lo stesso non dovrà essere allegato in quanto sarà acquisito direttamente dall'Ufficio Personale competente tramite il portale dell'INPS.)
- assenza per infortunio (allegare idonea attestazione medica. Qualora l'attestato medico sia stato elaborato telematicamente, ai sensi dell'art. 55 septies, comma 2, del D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i., lo stesso non dovrà essere allegato in quanto sarà acquisito direttamente dall'Ufficio Personale competente tramite il portale dell'INPS.)
- assenza per malattia dovuta a causa di servizio (allegare idonea attestazione medica. Qualora l'attestato medico sia stato elaborato telematicamente, ai sensi dell'art. 55 septies, comma 2, del D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i., lo stesso non dovrà essere allegato in quanto sarà acquisito direttamente dall'Ufficio Personale competente tramite il portale dell'INPS.)
- congedo di maternità (allegare idonea documentazione giustificativa o, nei casi consentiti dal DPR n. 445/00, dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà, indicando tutti gli elementi indispensabili ai fini dell'eventuale accertamento, da parte dell'Amministrazione, della veridicità della dichiarazione resa. Ai sensi dell'art. 49 DPR 445/00 e s.m.i., i certificati medici e sanitari non possono essere sostituiti da altro documento.)
- congedo di paternità (allegare idonea documentazione giustificativa o, nei casi consentiti dal DPR n. 445/00, dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà, indicando tutti gli elementi indispensabili ai fini dell'eventuale accertamento, da parte dell'Amministrazione, della veridicità della dichiarazione resa. Ai sensi dell'art. 49 DPR 445/00 e s.m.i., i certificati medici e sanitari non possono essere sostituiti da altro documento.)
- permesso per partecipazione a concorsi od esami (allegare idonea documentazione giustificativa o, nei casi consentiti dal DPR n. 445/00, dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà, indicando tutti gli elementi indispensabili ai fini dell'eventuale accertamento, da parte dell'Amministrazione, della veridicità della dichiarazione resa. Ai sensi dell'art. 49 DPR 445/00 e s.m.i., i certificati medici e sanitari non possono essere sostituiti da altro documento.)
- permesso per lutto (allegare idonea documentazione giustificativa o, nei casi consentiti dal DPR n. 445/00, dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà, indicando tutti gli elementi indispensabili ai fini dell'eventuale accertamento, da parte dell'Amministrazione, della veridicità della dichiarazione resa. Ai sensi dell'art. 49 DPR 445/00 e s.m.i., i certificati medici e sanitari non possono essere sostituiti da altro documento.)
- permesso per particolari motivi personali o familiari (esplicitare il motivo posto alla base della richiesta):



- permesso per documentata grave infermità (allegare idonea documentazione giustificativa o, nei casi consentiti dal DPR n. 445/00, dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà, indicando tutti gli elementi indispensabili ai fini dell'eventuale accertamento, da parte dell'Amministrazione, della veridicità della dichiarazione resa. Ai sensi dell'art. 49 DPR 445/00 e s.m.i., i certificati medici e sanitari non possono essere sostituiti da altro documento.)
- permesso per matrimonio (allegare idonea documentazione giustificativa o, nei casi consentiti dal DPR n. 445/00, dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà, indicando tutti gli elementi indispensabili ai fini dell'eventuale accertamento, da parte dell'Amministrazione, della veridicità della dichiarazione resa. Ai sensi dell'art. 49 DPR 445/00 e s.m.i., i certificati medici e sanitari non possono essere sostituiti da altro documento.)
- permesso per lavoratore disabile
- permesso per assistenza a familiare/affine disabile
- ferie relative all'anno _____
- festività soppresse
- altro: (specificare) _____

Napoli, _____

Firma _____

VISTO/SI AUTORIZZA

(l'autorizzazione è prevista per le seguenti tipologie di assenza dal servizio: ferie e festività soppresse)

IL DIRETTORE GENERALE

N.B.: in caso di fruizione del congedo parentale e del congedo per malattia del bambino, utilizzare i moduli UAPPC-CP e UAPPC-CMB scaricabili dal link <http://www.unina.it/modulistica/assenze-e-presenze-personale-contrattualizzato>

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali

I dati raccolti con il presente modulo sono trattati 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 Federico II. All'interessato competono i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE.

Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Per contattare il Titolare potrà inviarsi una email al seguente indirizzo: ateneo@pec.unina.it; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: rpd@unina.it; PEC: rpd@pec.unina.it.

Le informazioni complete relative al trattamento dei dati personali raccolti, sono riportate sul sito dell'Ateneo: <http://www.unina.it/ateneo/statuto-e-normativa/privacy>.