



Al Direttore Generale

ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE

(codice Si.R.P n. 208)

Il/la sottoscritto/a _____

matricola _____ in servizio presso _____

_____ (cod. _____) area _____

codice fiscale _____

COMUNICA

di aver fruito/che fruirà dal giorno ____/____/____ al giorno ____/____/____⁽¹⁾:

☐ **dell'assenza per malattia** (art. 35 CCNL comparto Università del 16.10.08). Ai sensi dell'art. 55 septies, comma 2, del D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i., l'attestato medico sarà acquisito direttamente dall'Ufficio Assenze e Presenze Personale Contrattualizzato tramite il portale dell'INPS. In caso di grave patologia, è necessario che dall'attestato medico si rilevi la gravità della patologia nonché il carattere invalidante della necessaria terapia, per ottenere il beneficio di cui all'art. 35, comma 14, del CCNL 16.10.08. In caso di ricovero ospedaliero, visita specialistica, accertamenti diagnostici, è necessario allegare idonea attestazione medica.

☐ **dell'assenza per malattia riconosciuta dipendente da causa di servizio** (art. 39 CCNL comparto Università del 16.10.08) per la quale allega idonea attestazione medica. In caso di grave patologia, è necessario che dall'attestato medico si rilevi la gravità della patologia nonché il carattere invalidante della necessaria terapia, per ottenere il beneficio di cui all'art. 39, comma 4, del CCNL 16.10.08.

☐ **dell'assenza per infortunio sul lavoro** (art. 39 CCNL comparto Università del 16.10.08) per la quale allega idonea attestazione medica. In caso di grave patologia, è necessario che dall'attestato medico si rilevi la gravità della patologia nonché il carattere invalidante della necessaria terapia, per ottenere il beneficio di cui all'art. 39, comma 4, del CCNL 16.10.08.

☐ **della tutela dei dipendenti in particolari condizioni psico-fisiche** (art. 40 CCNL comparto Università del 16.10.08) ed allega: 1) l'attestazione, rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da strutture associative convenzionate previste dalle leggi regionali vigenti, della propria condizione di portatore di handicap o di soggetto affetto da tossicodipendenza, alcolismo cronico o grave debilitazione psico-fisica; 2) la dichiarazione di impegno a sottoporsi ad un progetto terapeutico di recupero e di riabilitazione presso la medesima struttura sanitaria che ha riconosciuto la propria

condizione; 3) al rientro in servizio, l'attestazione, rilasciata dalla medesima struttura sanitaria che ha riconosciuto la propria condizione, di sottoposizione al progetto.

☐ **del congedo per cure per invalidi** (art. 7 del D.Lgs. n. 119/2011) ed allega:
1) l'attestazione della propria condizione di mutilato e/o invalido civile con riduzione della capacità lavorativa superiore al 50%; 2) richiesta del medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale o appartenente ad una struttura sanitaria pubblica dalla quale risulti la necessità della cura in relazione all'infermità invalidante riconosciuta; 3) al rientro in servizio, l'attestazione, anche cumulativa, di sottoposizione alle cure.

Napoli, lì _____

Firma _____

Visto
Il Responsabile della Struttura

1) Barrare la casella che interessa

I dati personali, sensibili e giudiziari degli interessati saranno trattati dall'Amministrazione ai sensi del Regolamento di Ateneo di attuazione del codice di protezione dei dati personali utilizzati dall'Università e ai sensi del Regolamento di Ateneo per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, emanati rispettivamente con D.R. n.5073 del 30.12.2005 e con D.R. n. 1164 del 22.3.2006, in applicazione del D.Lgs. del 30.6.2003, n. 196.
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 Federico II. All'interessato competono i diritti di cui all'art.7 del D.Lgs. n. 196/2003