



## PERMESSO PER GRAVI MOTIVI PERSONALI O FAMILIARI O NASCITA FIGLI

Art. 30, comma 2, del CCNL Comparto Università

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

matr. \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_

### PRESENTA ISTANZA DI PERMESSO (cod. SiRP 06)

dalle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

dalle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**A)** in caso di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà o di certificazione, compilare i campi rispetto alla tipologia di permesso richiesto indicando tutti gli elementi indispensabili ai fini dell'eventuale accertamento, da parte dell'Amministrazione, della veridicità della dichiarazione resa

*in alternativa*

**B)** è sufficiente barrare unicamente il motivo dell'assenza oraria/giornaliera e rinviare per tutti i dati richiesti dall'Amministrazione alla attestazione/documentazione che si allega

*Barare obbligatoriamente una delle due caselle sopra indicate.*

### PER IL SEGUENTE MOTIVO

**NASCITA DI UN FAMILIARE** in quanto in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

è nat\_ \_\_\_\_\_ legat\_ al\_ sottoscritt\_ dal seguente rapporto di parentela (specificare p. es.: figlio, nipote, etc.) \_\_\_\_\_

**MATRIMONIO DI UN FAMILIARE** in quanto in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

\_l\_ sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nat\_ \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, legat\_ al\_ sottoscritt\_ dal seguente rapporto di parentela \_\_\_\_\_, ha contratto matrimonio presso la Chiesa/Comune (specificare indirizzo e Comune) \_\_\_\_\_

**TESTIMONIANZA GIUDIZIARIA PER FATTI NON CONCERNENTI IL SERVIZIO** presso (indicare l'organo giurisdizionale) \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

nell'ambito del procedimento (indicare le parti ed il numero di ruolo generale) \_\_\_\_\_

**PARTECIPAZIONE AL PROCEDIMENTO GIUDIZIARIO** (indicare le parti e il numero di ruolo generale)

\_\_\_\_\_ presso (indicare l'organo giurisdizionale)

\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

**VACCINAZIONE** di \_\_\_\_\_ nat\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, legat\_ al\_ sottoscritt\_ dal seguente rapporto

di parentela: \_\_\_\_\_, presso (indicare struttura sanitaria)

\_\_\_\_\_ via

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune

**ACCERTAMENTO CLINICO E/O DIAGNOSTICO, VISITA MEDICA, TERAPIA, PRESTAZIONE SPECIALISTICA,**

**ESAME DIAGNOSTICO** in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, presso (nome della struttura sanitaria /studio

professionale) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ via

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

**ACCOMPAGNAMENTO A VISITA SPECIALISTICA/ESAMI** del \_\_\_ sig. \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, legat\_ al\_ sottoscritt\_ dal seguente

rapporto: \_\_\_\_\_, presso (nome della struttura sanitaria

/studio professionale) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_;

**ASSISTENZA AD UN FAMILIARE/CONVIVENTE RICOVERATO** sig. \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, legat\_ al\_ sottoscritt\_ dal seguente

rapporto di parentela/convivenza: \_\_\_\_\_, presso (nome della

struttura sanitaria) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_;

**ASSISTENZA AD UN FAMILIARE/CONVIVENTE AMMALATO O INFORTUNATO (NON RICOVERATO)**

sig. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il  
 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, legat\_ al\_ sottoscritt\_ dal seguente rapporto di parentela/convivenza: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, allega attestazione medica comprovante il solo stato di malattia della  
 persona assistita senza la specificazione della diagnosi

 **TRASLOCO** dalla seguente dimora/residenza Comune \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, alla seguente dimora/residenza  
 Comune \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

 **INTERVENTO TECNICO URGENTE** (specificare) \_\_\_\_\_

effettuato da (specificare ditta/nome e cognome, sede legale) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 presso l'abitazione abituale/temporanea sita nel Comune \_\_\_\_\_  
 via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

 **DISBRIGO PRATICA URGENTE** presso (inserire Ente/società/Banca/Ufficio/ecc. presso il quale è stata  
 espletata la pratica) \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_  
 n. \_\_\_\_\_

 **INSERIMENTO FIGLIO/A MINORE** \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ all'asilo/scuola materna (indicare denominazione) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

 **ASSISTENZA FIGLIO/A MINORE** \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ a seguito della chiusura dell'asilo/scuola materna  
 (indicare denominazione) \_\_\_\_\_  
 via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

**CALAMITA' NATURALE** (specificare tipologia) \_\_\_\_\_

abbattutasi nel seguente luogo \_\_\_\_\_

**ALTRO** (indicare il grave motivo con ogni elemento indispensabile per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti ovvero, nei casi in cui non è consentita la dichiarazione sostitutiva, allegare la relativa documentazione/attestazione medica ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Il sottoscritto

Per permessi dichiarati e fruiti secondo la tipologia **A)**

**consapevole** delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.ii., **dichiara** che tutto quanto sopra riportato è reso ai sensi del predetto DPR n. 445/2000;

**allega**, solo in caso di dichiarazione sostitutiva di atto notorio resa ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000, copia fotostatica di un proprio documento di identità;

Per permessi dichiarati e fruiti secondo la tipologia **B)**

**allega** attestazione/documentazione

**allega** (nei soli casi di permesso per assistenza ad un familiare/convivente ammalato o infortunato e non ricoverato) attestazione medica comprovante il solo stato di malattia della persona assistita senza la specificazione della diagnosi.

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

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_  
SI AUTORIZZA E SI ATTESTA CHE IL SOTTOSCRITTO – O SUO DELEGATO - È STATO  
PREVENTIVAMENTE INFORMATO DELL'ASSENZA ORARIA/GIORNALIERA  
Il Responsabile della Struttura

**Al dichiarante sarà revocato il beneficio per dichiarazione non veritiera (art. 75, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. n. 196 del 30.06.03, 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 Napoli Federico II, titolare del trattamento. I dati degli interessati saranno trattati dalla Amministrazione ai sensi del Regolamento d'Ateneo di attuazione del codice di protezione dei dati personali utilizzati dall'Università ed ai sensi del Regolamento d'Ateneo per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, emanati rispettivamente con D.R. n.5073 del 30.12.05 e con D.R. n.1163 del 22.03.06. All'interessato competono i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/03.