All’Ufficio gestione risorse umane e relazioni sindacali

[Settore gestione orario di lavoro](https://voip.unisi.it/rubrica/?id_struttura=421711)

Università degli Studi di Siena

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

recapito telefonico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di fruire di n. \_\_\_\_\_\_\_ giorni di ferie e/o festività soppresse solidali *(1)*, ai sensi dell’art. 46 del CCNL del 19 aprile 2018, nel periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

La fruizione di tali giorni è condizionata dall’esaurimento, alla data di inizio di tale periodo, di tutti i giorni spettanti dell’anno in corso di ferie, di festività soppresse, di riposi compensativi per lavoro straordinario e di permessi orari retribuiti per particolari motivi personali o familiari.

A tal fine dichiara di dover prestare assistenza al/alla figli\_/\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_che necessita di cure costanti, come si evince dalla documentazione medica allegata e rilasciata da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Il/la sottoscritto/a* ***dichiara****:*

* *di essere consapevole delle sanzioni civili e penali in cui potrà incorrere in caso di dichiarazione mendace, o di esibizione di atti falsi, o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445;*
* *di essere consapevole di decadere dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall’Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445).*
* *di essere stato/a informato/a che i dati personali raccolti attraverso il presente modulo e suoi allegati sono acquisiti esclusivamente per l’elaborazione del procedimento discendente dalla sua presentazione all’amministrazione;*
* *di aver letto attentamente l’informativa sul trattamento dei dati personali redatta dall’Università ai sensi dell’art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e pubblicata sul portale di Ateneo https://www.unisi.it/ateneo/adempimenti/privacy;*
* *di dare il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità per le quali il presente modulo è presentato all’Università.*

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegati:

* documentazione medica rilasciata da struttura convenzionata o pubblica
* copia fotostatica di un documento di identità della/del richiedente.

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

(1) La richiesta non può essere superiore a 30 giorni