



Al Direttore del Polo

ASSENZA PER MALATTIA

(cod. PRES 08)

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

codice fiscale _____ matr. _____

in servizio presso _____ (cod. _____)

cat. _____ area _____,

CHIEDE

dal giorno __/__/____ al giorno __/__/____⁽¹⁾:

- n. ____ gg. di **assenza per malattia** (art. 34 CCNL Comparto Università del 9.8.00)
- n. ____ gg. di assenza dovuta a malattia riconosciuta dipendente da **causa di servizio** (art. 36 CCNL Comparto Università del 9.8.00)
- n. ____ gg. di assenza dovuta ad **infortunio sul lavoro** (art. 36 CCNL Comparto Università del 9.8.00)

e allega idonea certificazione medica⁽²⁾.

Napoli, li _____

Firma _____

Visto:
Il Responsabile della Struttura

- 1) sbarrare la casella che interessa
- 2) per ottenere il beneficio di cui all'art. 34, comma 14, del CCNL 9.8.00 occorre produrre certificazione relativa sia alla gravità della patologia che al carattere invalidante della necessaria terapia; la stessa deve essere, inoltre, rilasciata dalla competente struttura sanitaria pubblica

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 ed 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. 1163 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 titolare del trattamento. All'interessato competono i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003.