

Ufficio Assenze e Presenze
Personale Contrattualizzato



AL DIRETTORE GENERALE

Il/la sottoscritt _____ matr. _____

in servizio presso _____

essendo in prossimità della scadenza del periodo di 18 mesi di assenza per malattia di cui all'art. 35, comma 1, del CCNL Comparto Università del 16.10.2008.

CHIEDE

che gli/le venga concesso di assentarsi dal servizio per ulteriori 18 mesi ai sensi dell'art. 35, comma 2, del CCNL Comparto Università del 16.10.2008.

A tal fine allega alla presente la seguente certificazione medica attestante, in conformità a quanto disposto dal citato art. 35, comma 2, del CCNL Comparto Università del 16.10.08, la particolare gravità dell'infermità:

Napoli, _____

Firma _____

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>.