



**ASSENZA PER L'ESPLETAMENTO DI VISITE, TERAPIE,
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE OD ESAMI DIAGNOSTICI**
(codice Si.R.P. n. 60)

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____ in servizio
presso _____

PRESENTA ISTANZA DI (BARRARE LA CASELLA CHE INTERESSA):

PERMESSO ORARIO comprensivo dei tempi di percorrenza
per il giorno _____ dalle ore: ____ : ____ alle ore ____ : ____

PERMESSO GIORNALIERO comprensivo dei tempi di percorrenza
dal giorno _____ al giorno _____

Il sottoscritto, inoltre:

allega attestazione di presenza, anche in ordine all'orario, redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura, anche privati, che hanno svolto la visita o la prestazione.

dichiara che l'attestazione di presenza, anche in ordine all'orario, redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura, anche privati, che hanno svolto la visita o la prestazione è stata trasmessa direttamente all'Amministrazione, anche per via telematica, a cura del medico o della struttura sanitaria.

Il sottoscritto, infine, dichiara che la presente istanza è presentata nel rispetto del seguente termine di preavviso (Barrare la casella che interessa):

tre giorni;

24 ore trattandosi di caso di particolare urgenza o necessità comprovata dalla documentazione allegata;

non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno di fruizione del permesso, trattandosi di caso di particolare urgenza o necessità comprovata dalla documentazione allegata.

Napoli, lì _____ Il dipendente _____ Visto: Il Responsabile della Struttura _____

Il/la sottoscritto/a, considerata la sopraggiunta incapacità lavorativa determinata dalle caratteristiche di esecuzione e di impegno organico della visita specialistica/accertamento/ esame diagnostico/terapia a cui si è sottoposto, chiede che l'assenza di cui sopra venga imputata alla **malattia** (codice Si.R.P. n. 208), con la conseguente applicazione della disciplina legale e contrattuale in ordine al relativo trattamento giuridico ed economico. Il sottoscritto, inoltre (Barrare la casella che interessa):

allega attestazione di presenza, anche in ordine all'orario ed al sopravvenuto stato di incapacità lavorativa, redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura, anche privati, che hanno svolto la visita o la prestazione.

dichiara che l'attestazione di presenza, anche in ordine all'orario ed al sopravvenuto stato di incapacità lavorativa, redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura, anche privati, che hanno svolto la visita o la prestazione è stata trasmessa direttamente all'Amministrazione, anche per via telematica, a cura del medico o della struttura sanitaria.

Napoli, lì _____ Il dipendente _____ Visto: Il Responsabile della Struttura _____

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.

Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Esclusivamente per problematiche inerenti ad un trattamento non conforme ai propri dati personali, è possibile contattare il Titolare inviando una email al seguente indirizzo: ateneo@pec.unina.it; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: rpd@unina.it; PEC: rpd@pec.unina.it. Per qualsiasi altra istanza relativa al procedimento in questione deve essere contattato invece l'Ufficio Assenze e Presenze Personale Contrattualizzato al seguente indirizzo: uappc@unina.it; PEC: uappc@pec.unina.it.

Agli interessati competono i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE. 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>.