



Modulo di Unità Operativa	MU 201110 32 Rev. 2 del 03/11/2022 Pagina 1 di 1
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO UNICO UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	
RICHIESTA PERMESSI PER VISITE, TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE O ESAMI DIAGNOSTICI Comparto e Dirigenza Medica, Sanitaria, Veterinaria e delle Professioni Sanitarie	

RICHIESTA PERMESSO (da sottoporre al Responsabile con almeno 3 giorni di anticipo)¹

Il /la sottoscritto/a	Nome		Cognome	
MATRICOLA		in servizio presso		
con qualifica di:		e rapporto di lavoro a tempo	☐ indeterminato /	
☐	determinato con contratto di durata non inferiore a 6 mesi continuativi CHIEDE di poter fruire di permesso:			
☐	per visita, terapia o esame diagnostico (massimo 18 ore/anno ²) il giorno con orario *			
(attenzione: per il personale del Comparto NON sono fruibili per assenze di durata inferiore all'ora)				
☐	per visita, terapia o esame diagnostico che comporti incapacità lavorativa (assenza imputata a malattia) per il giorno **			
☐	per visita, terapia o esame diagnostico imputabile a patologia in atto (assenza imputata a malattia) per il giorno ***			
☐	per terapie comportanti incapacità lavorativa a causa di una patologia (<u>allegare certificazione medica iniziale che attesti la presenza di una patologia, il piano di cure e la conseguente incapacità lavorativa che queste comportano</u>) per i giorni ****			

obbligo consegnare, dopo la fruizione del permesso

* **attestazione (comprensiva dell'orario)** che la prestazione è stata effettuata, redatta dal personale competente della struttura (anche privata)

** **attestazione di esecuzione della prestazione (con anche l'indicazione della conseguente incapacità lavorativa)** predisposta dal personale competente della struttura (anche privata)

*** sia la **certificazione del medico curante** attestante la patologia in atto che l'**attestazione** relativa all'**espletamento della prestazione** predisposta dal personale competente della struttura (anche privata)

**** **attestati di effettuazione delle prestazioni** predisposti dal personale competente della struttura (anche privata)

Il/La sottoscritto/a:

-è consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, richiamate dall'art. 76 DPR n 445/2000

-è informato che AOUI tratterà i dati forniti, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati potrebbero essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale (art.13 d. lgs. 196/2003 e art. 13 Regolamento UE 2016/679);

-è consapevole che il titolare del trattamento dei dati personali è l'AOUI e delegato al trattamento è il Direttore dell' UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università;

-è consapevole di poter esercitare i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, ed in particolare il diritto di accesso ai dati personali che lo riguardano in corso di trattamento e alle altre informazioni di cui all'art. 15, par. 1, Regolamento UE 2016/679 e di poter proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Roma. Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a servizio.personale@aovr.veneto.it, all'indirizzo postale della sede legale di questa AOUI.

Permessi INCOMPATIBILI con l'utilizzo nella stessa giornata di altri permessi fruibili ad ore nonché con recuperi orari (ad eccezione dei permessi art. 33 della l. 104/1992 e dei permessi e congedi disciplinati dal d. lgs. 151/2001 – tutela della genitorialità)

Data _____

Firma _____

AUTORIZZAZIONE: Data _____

Firma (Direttore UOC/ Responsabile) _____

¹ Per **situazioni di carattere eccezionale** è ammessa la richiesta nelle 24 ore precedenti l'assenza.

² Numero rideterminato in caso di PT e contratto a tempo determinato (rispetto alla durata temporale nell'anno del contratto a termine stipulato).