



Modulo di Unità Operativa	MU 201110 12 Rev. 7 del 05/03/2024 Pagina 1 di 3
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO UNICO UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	
RICHIESTA PERMESSI NON RETRIBUITI A GIORNATA INTERA Comparto e Dirigenza Medica, Sanitaria e delle Professioni Sanitarie a tempo determinato	

SEZIONE A: RICHIESTA PERMESSO (da consegnare con almeno 10 giorni di anticipo)¹

Il /la sottoscritto/a Nome Cognome
MATRICOLA in servizio presso
con qualifica di: e rapporto di lavoro a tempo **determinato** e tempo
☐ pieno ☐ parziale verticale ² (%) ☐ parziale orizzontale ² (%)

CHIEDE

di poter fruire di permessi NON retribuiti a giornata ai sensi dell'art. 7 del Regolamento Aziendale di cui alla
Deliberazione del Direttore Generale n. 254/20014, il giorno , il
giorno , il giorno , per:

- ☐ Partecipazione a concorsi/esami in qualità di esaminando (esclusi test di ammissione ai corsi universitari) *
- ☐ Aggiornamento professionale facoltativo (solo se connesso all'attività di servizio) *
- ☐ Visita specialistica (escluse cure odontoiatriche) *
- ☐ Visita medico collegiale *
- ☐ Nascita del/la figlio/a ³ avvenuta il
- (**allegare** alla presente richiesta la "Sezione B – Autocertificazione" debitamente compilata)
- ☐ Visita medica specialistica del / la figlio/ a ³ (nato/a il) *♦
- ☐ Ricovero del / la figlio /a ³ (nato/a il) *
- ☐ Inserimento scolastico del/la figlio/a presso ☐ l'asilo nido
☐ la scuola dell'infanzia ♦
- ☐ Accompagnamento di (grado di parentela)
a visita medica specialistica (escluse cure odontoiatriche) *♦
- ☐ Accompagnamento di (grado di parentela)
ad accertamento diagnostico o piccolo intervento chirurgico (esclusi quelli inerenti cure odontoiatriche) *♦
- ☐ Ricovero di (grado di parentela) *
- ☐ Testimonianze per fatti non d'ufficio presso (allegare doc. convocazione)**
- ☐ Gravi calamità naturali (specificare , luogo) *

¹ Per **situazioni di carattere eccezionale** è ammessa la richiesta formale successiva, previa comunicazione telefonica al proprio Responsabile.

² Il numero massimo di giornate concedibile nell'anno è rideterminato proporzionalmente in caso di part time.

³ Si equiparano i casi di adozione e affidamento calcolando dalla data di ingresso in famiglia.



NB: il personale del Comparto e della Dirigenza Medica, Sanitaria, Veterinaria e delle Professioni Sanitarie in servizio con contratto a tempo determinato di durata superiore ai 6 mesi continuativi può richiedere questi permessi anche in forma retribuita (deve in questo caso compilare i MU 05 o MU 59)

* → **obbligo consegnare**, dopo la fruizione del permesso, **certificazione** da cui risulti l'espletamento dell'attività dichiarata **ovvero compilare l'autocertificazione nella Sezione B** del presente modulo **entro 5 giorni dal rientro in servizio**

♦ → **obbligo consegnare**, dopo la fruizione del permesso, **certificazione** dell'ente che attesti la presenza del dipendente (giorno, luogo, orario) **entro 5 giorni dal rientro in servizio**

** → **obbligo consegnare**, dopo la fruizione del permesso, **certificazione** dell'Autorità Giudiziaria da cui risulti l'espletamento dell'attività dichiarata (giorno, luogo, orario) **entro 5 giorni dal rientro in servizio**

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.

Data _____ -

Firma _____

AUTORIZZAZIONE: Data _____

Firma (Direttore UOC / Responsabile) _____



SEZIONE B: AUTOCERTIFICAZIONE (da consegnare, nei casi previsti, entro 5 giorni dal rientro in servizio)

Il /la sottoscritto/a Nome

Cognome

MATRICOLA

, in relazione al permesso NON retribuito richiesto per il giorno

il giorno

, il giorno

per la motivazione (indicare la tipologia richiesta):

DICHIARA

PERMESSI: Partecipazione a concorsi/esami - Aggiornamento professionale facoltativo

Di aver partecipato, presso

a

concorso per

esame di

aggiornamento professionale facoltativo

PERMESSI: Visita specialistica - Visita medico collegiale

Visita medica specialistica del figlio (< 14 ANNI) - Ricovero del figlio minore

Accompagnamento parente a visita medica specialistica - Accompagnamento parente a accertamento diagnostico o piccolo intervento chirurgico - Ricovero di parente

Che la visita ha riguardato:

☐

se stesso

☐

coniuge

☐

convivente

☐

genitore

☐

figlio/a (data nascita:

☐

suocero/a

☐

genero/ nuora

Dati parente accompagnato: Nome e Cognome

Dati visita / ricovero: struttura

(precisare Ospedale e indirizzo)

tipologia:

(precisare se ricovero, Day Hospital, Day Surgery)

NOTA BENE: Si ricorda che per visita medica specialistica del figlio e accompagnamento parente a visita medica specialistica, accertamento diagnostico, piccolo intervento chirurgico, pronto soccorso o AMID è **obbligatorio consegnare anche certificazione dell'ente che attesti la presenza del dipendente (giorno, luogo, orario)**

PERMESSO: Nascita del figlio

Che il /la figlio/a: Nome e Cognome

, è ☐ nato/a ☐ entrato/a in famiglia in data:

, nel Comune di

PERMESSO: Gravi calamità naturali

Tipologia calamità naturale che ha causato l'assenza:

, luogo evento

Il/La sottoscritto/a:

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

-è consapevole che decade dai benefici acquisiti sulla base di dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerge la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445);

-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.

Data _____ -

Firma _____