



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA

(D.Lgs. n. 517/1999 - Art. 3 L.R. Veneto n. 18/2009)



Modulo di Unità Operativa	MU 201110 24 Rev. 2 del 10/08/2022 Pagina 1 di 1
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO UNICO UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	
RICHIESTA CONGEDO MALATTIA FIGLIO	

Il/la sottoscritto/a NOME: COGNOME:
MATRICOLA: in servizio presso:
con qualifica di:

CHIEDE

di usufruire di un congedo per malattia del/la figlio/a o il minore in affidamento
 ai sensi dell'art. 47 del d. lgs. 151/2001:
i giorni

A tal fine **DICHIARA** che l'altro genitore (anche adottivo o affidatario)
nato/a a il :

☐ dipendente dell'Ente/Azienda Via/Piazza (indirizzo
Azienda) ,

Comune Tel. **NON ha fruito dello stesso
congedo per lo stesso giorno / periodo richiesto** dal/la sottoscritto/a;

☐ non ha diritto ad usufruire di tale congedo in quanto:
☐ pensionato; ☐ lavoratore autonomo; altro:

ALLEGA:

-certificato rilasciato dal medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o con esso convenzionato;

- “MU19 – Dichiarazione nascita figlio” (solo il personale NON afferente al SPS) oppure “MU 25 Dichiarazione adozione-affido figlio” (se non già consegnato). **Nel caso di personale afferente al Servizio Professioni Sanitarie** comunica (se non già comunicato) la data di nascita del figlio tramite il **modulo on line “Dichiarazione nascita figlio”** disponibile su Bandi e Istanze.

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 _____

Data _____	Firma (Direttore UOC/Responsabile _____)
Per la sola dirigenza sanitaria e medica FIRMA OBBLIGATORIA :	
Data _____	Firma Direttore (Direzione Medica Ospedaliera) _____