



Settore Personale e Sviluppo Organizzativo
Unità Organizzativa Personale Tecnico ed Amministrativo e Dirigenti

Al Direttore Generale
Sede

ASSENZA PER MALATTIA

Il/La sottoscritt _____
nat_ a _____ (prov. ____) il _____ in servizio presso
l'Ufficio/U.O. _____ Categoria _____

COMUNICA

n. _____ gg. di assenza dal ___/___/_____ al ___/___/_____ per:

- malattia;
- day hospital;
- ricovero ospedaliero;
- malattia post-ricovero (convalescenza);
- causa di servizio (art.39 CCNL Comparto Università del 16.10.1008);
- infortunio sul lavoro(art. 39 CCNL Comparto Università del 16.10.2008)
- altro _____.
- Si allega certificazione medica.

Data _____

Firma _____

Visto

il Responsabile della Struttura

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30.6.2003, recante norme sul trattamento dei dati personali: i dati sopra riportati sono raccolti 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 del Sannio titolare del trattamento. All'interessato competono i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003.