

COMUNICAZIONE ORARIO RIDOTTO

All'Ufficio Rapporti con Enti Sanitari
e-mail: enti.sanitari@unife.it

Al Direttore della Scuola di Specializzazione di _____

La sottoscritta _____ nata a _____
il _____, residente in Via _____ n. _____ cap.

località _____ (prov. _____) tel _____
email _____
_____ (eventuale recapito PEC _____)
iscritta per l'Anno
Accademico _____ al _____ anno della Scuola di Specializzazione in

COMUNICA

di voler usufruire dei riposi giornalieri previsti dall'art. 39 del decreto legislativo n. 151/2001 (T.U. maternità) dal giorno _____ al giorno _____.

In fede.

Data,

(firma)

La comunicazione deve essere trasmessa via posta elettronica certificata all'indirizzo enti.sanitari@unife.it unitamente a fotocopia fronte/retro di un documento di riconoscimento valido.

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

(Articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni)

I dati personali e sensibili forniti saranno trattati, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto e in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori e, nel caso di eventuale rifiuto, l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati personali e sensibili inoltre possono essere oggetto di comunicazione ad altre amministrazioni pubbliche (o soggetti privati), nei casi previsti dalla legge e/o qualora queste debbano trattare gli stessi per eventuali procedimenti di propria competenza.