

**Al Direttore del
Dipartimento di Medicina dei Sistemi**
Università degli Studi di Roma Tor Vergata
SEDE

**AUTOCERTIFICAZIONE
PER ASSENZA PERMESSI RETRIBUITI “18 ore”**
(art. 47 D.P.R. 445 del 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o
nata/o a il
in servizio presso del Dipartimento di Medicina dei Sistemi

Sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale, è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che , inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

D I C H I A R A

Che il giorno _____ ha fruito del permesso retribuito “18 h” per il seguente motivo:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Roma, / /

Il dichiarante
