



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

Sede legale: Via del Vespro n.129 – 90127 Palermo
CF e P.IVA: 05841790826

Allegato C

AL RESPONSABILE DELL'ARU DELL'AOUUP
VIA E. TOTI N. 76 - P A L E R M O

Oggetto: Interventi a favore del personale **ANNO 2025** - richiesta di parziale **RIMBORSO SPESE**

COGNOME _____ NOME _____ categoria¹ _____ matricola _____
avendo preso visione del Regolamento per gli interventi a favore del personale, collocato nelle fasce AOU - art.64 e 67 del CCNL del comparto università: chiede il parziale rimborso delle **spese sostenute nell'anno 2024**, come di seguito specificato e documentato. A tal fine il/la sottoscritto/a, dichiara che al **31/12/2024** il proprio stato civile è il seguente _____ e che alla medesima data il proprio nucleo familiare² è così composto:

n.	cognome	nome	data di nascita	comune di nascita	codice fiscale	grado di parentela	professione	Reddito 2024 ³
1						dichiarante		
2						coniuge		
3						figlio/a		
4								
5								
6								
7								
							Reddito totale	
							Reddito medio pro-capite	

¹ I dipendenti con rapporto di lavoro a tempo determinato, oltre la categoria, devono riportare la sigla **TD**

² Per la composizione del nucleo familiare, vedere allegato "A".

³ Riportare il reddito rilevato dalla documentazione prodotta per la dichiarazione dei redditi (riquadro 1, parte B, del modello CU o rigo 11 del mod. 730-3 o rigo RN4, quadro RN, del mod. UNICO).

Il/la sottoscritt_ _____ nato il _____

dichiara che per le spese per le quali con la presente istanza chiede il contributo in applicazione dell'art. 2 del Regolamento emanato con deliberazione n. **708 del 10/09/2013**, è modificato con Delibera del Direttore Sanitario n. **441 del 27/05/2020** non è stata presentata analoga richiesta né presso questa né presso altre amministrazioni o enti pubblici.

Il sottoscritto dichiara che le copie dei documenti allegati alla presente sono **rese conformi** agli originali in suo possesso, secondo le modalità di cui all'art. 19-bis del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 o che alla presente è allegata **dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**, resa ai sensi dell'art.47 del DPR n. 445/2000. Alla predetta dichiarazione è acclusa **copia di un valido documento di riconoscimento** dello scrivente.

I dati personali trasmessi dai dipendenti che presentano la domanda di fruizione dei benefici previsti dagli artt. 2 e 3 del Regolamento degli Interventi a favore del personale con deliberazione n. **708 del 10/09/2013**, è modificato con Delibera del Direttore Sanitario n. **441 del 27/05/2020** saranno raccolti e trattati dall'AOUP nel rispetto del D.lgs 196/03, per le finalità di gestione della procedura prevista dal suddetto regolamento. Il conferimento dei dati è obbligatorio pena l'esclusione dalla procedura.

L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del citato D.Lgs. tra cui il diritto di accesso ai dati che lo riguardano. Tali diritti potranno essere fatti valere nei confronti dell'Università degli Studi di Palermo titolare del trattamento.

Tutte le dichiarazioni di cui alla presente istanza sono rese nella consapevolezza che **le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi dell'art. 483, 495, 496 del codice penale** e delle leggi speciali in materia e che comunque **escluderebbero lo scrivente dai benefici derivanti dal procedimento in oggetto.**

Sede di servizio _____

recapito telefonico _____ fax _____ E-mail _____

Data assunzione o cessazione _____ **(solo per i dipendenti assunti o cessati dal servizio nel corso del 2024)**

La presente richiesta è complessivamente composta da n° _____ pagine.

Data _____

Firma del dipendente _____