



Università degli Studi di Napoli Federico II

Dipartimento di Farmacia

Al Direttore del Dipartimento

Oggetto: Indennità di rischio al Personale Docente e Ricercatore

In qualità di dipendente dello Stato ed a conoscenza delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci, il sottoscritto

Cognome

Nome

Qualifica

.....

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

Di aver svolto attività ascrivibile al gruppo IV di cui alla tabella A ed A bis del Regolamento approvato con D.P.R. 146/75 integrato con D.M. 20/07/84 per cui spetta l'indennità di rischio per le giornate di effettiva presenza – con applicazione allo svolgimento di attività “rischiose” effettuate nel mese di _____ che assommano a gg_____.

Napoli,

Firma

VISTO: Il Direttore del Dipartimento
