*Anexa 12, Cod: UMFVBT-PS-DRU/23/2025 - 12*

Număr de înregistrare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMARE PRIVIND ABSENTAREA DE LA LOCUL DE MUNCĂ ÎN SITUAȚII NEPREVĂZUTE**

***Către Conducerea UMFVBT,***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Subsemnatul/a |  | | | | | | | , |
|  |  | | | | | | |  |
| angajat/ă pe funcția de |  | , în cadrul | |  | | | | , |
|  | | | | | | | |  |
| prin prezenta vă informez de absentarea mea de la locul de muncă în perioada: | | | | |  | - |  | . |
|  |  | | | | *de la data de (zi/lună/an)* |  | *până la data de (zi/lună/an)* |  |
| determinată de o situație de urgență familială cauzată de boală sau de accident, care fac indispensabilă prezența mea la | | | | | | | |  |
| domiciliu/spital. Menționez că motivul absentării mele este: | | |  | | | | |  |

Propunere privind recuperarea perioadei absentate până la acoperirea integrală a duratei normale a programului de lucru:

|  |
| --- |
|  |
|  |

**■ Anexez la prezenta documentele justificative privind gradul de rudenie al membrului familiei precum și dovada cauzei de boală sau accident**

**■** Cunoscând prevederile art. 4 pct. 2 și 11 și art. 6 alin. (1) lit. a) din Regulamentul (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), în ceea ce privește consimțământul cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal declar următoarele:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Îmi exprim consimțământul** |  | **Nu îmi exprim consimțământul** |  |

cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal din prezenta cerere și din documentația depusă pentru realizarea scopului prezentei solicitări.

■ Declar pe propria răspundere că am anunțat superiorul ierarhic direct privind absentarea mea de la locul de muncă în prima zi a absentării.

■ Declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, că datele furnizate în acest formular sunt adevărate.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Semnătura solicitantului |  | Data: |  |

**Acordul superiorului ierarhic direct al solicitantei/solicitantului privind recuperarea perioadei absentate,**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nume și prenume: |  | Semnătura: |  |
|  |  |  |  |
| Funcția: |  |  |  |

**Acordul conducerii universității privind recuperarea perioadei absentate,**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nume și prenume: |  | Semnătura: |  |
|  |  |  |  |
| Funcția: |  |  |  |

**Avizat Direcția Resurse Umane - conform procedurii,**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nume și prenume: |  | Semnătura: |  |