



Servizio Unico Gestione Economico Operativa del Personale

Richiesta di Permesso

DIRIGENZA SANITARIA

Il/la sottoscritto/a _____ dipendente di questa Azienda
a tempo pieno o part-time ad ore _____ con la qualifica di _____
assunto a tempo indeterminato o determinato presso il reparto/servizio di _____
tel. lavoro (interno) _____ tel. casa o cellulare _____

CHIEDE

- partecipazione a **pubblico concorso/esame universitario**
- commissione concorso**
- lutto** morte di familiare (specificare il grado di parentela) _____
- visite mediche, terapie, esami diagnostici ART. 40 CCNL 19.12.2019** (allegare attestato di presenza, no autocertificazione) MINIMO DI ASSENZA UN'ORA

- matrimonio** (15 giorni)
- donazione sangue** (allegare attestazione di presenza, no autocertificazione)
- permesso retribuito carica pubblica**
- permesso non retribuito carica pubblica**
- legge 104** a giorni con giustificativo viaggio

- permesso 15 giorni (**solo per dipendenti a tempo determinato**) senza retribuzione per: _____
- permesso attività di **volontariato** presso _____
- permesso esigenze **pubblica necessità** _____
- esami prenatali** (allegare attestazione di presenza, no autocertificazione)
- componente seggi elettorali**

dal giorno ____/____/____ al giorno ____/____/____

il giorno _____ intera giornata

ad ore dalle _____ alle _____

La presente richiesta deve essere corredata da certificato giustificativo del relativo titolo di assenza o da autocertificazione, pena la non considerazione della richiesta stessa.
Tutte le richieste di permesso, ad eccezione di quelle per lutto, devono essere comunicate ai responsabili almeno 72 ore prima della fruizione.

Data _____

Firma del dipendente _____

Visto del responsabile _____