



Servizio Unico Gestione Economico Operativa del Personale

RICHIESTA DI PERMESSO
(DIRIGENZA SANITARIA)

Il/la sottoscritto/a: _____ Matricola n°: _____
in servizio presso: _____
con la qualifica di: _____
con contratto a tempo: Determinato Indeterminato
E-Mail: _____ Telefono: _____

CHIEDE

Di usufruire:

- Permesso commissione concorso;
- Permesso retribuito carica pubblica;
- Permesso non retribuito carica pubblica;
- Permesso Legge 104/92 a ore;
- Permesso 15 giorni (solo per i dipendenti a tempo determinato) senza retribuzione per: _____;
- Permesso cure invalido (allegare certificato d'invalidità e prescrizione dello specialista);
- Permesso per attività di volontariato presso _____;
- Permesso esigenze pubblica necessità _____;
- Permesso esami prenatali (allegare solo attestazione di presenza);
- Permesso componente seggi elettorali;

- Con la seguente modalità:

- Per i giorni dal ___/___/___ al ___/___/___;
- Per il giorno ___/___/___;
- Per il giorno ___/___/___ dalle ore _____ alle ore _____;

La presente richiesta deve essere corredata da certificato giustificativo del relativo titolo di assenza, pena il mancato riconoscimento dell'assenza.

Luogo e data _____

Firma _____

Visto del Responsabile _____