



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 (non aziendale): _____ Telefono/Cellulare: _____

CHIEDE

di fruire:

- 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).**

- 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 _____