 

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**

Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it

C.F. e P.I. 00821180577

 **Al Direttore UOC Amm.ne del Personale**

 **Dipendente a convenzione e collaborazioni**

Oggetto: **Assenza per espletamento di visita, terapia, prestazione specialistica, od esame diagnostico, ai sensi dell’Art. 40 CCNL del Comparto Santità del 21.05.2018, triennio 2016/2018, nella misura di 18 ore annuali.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_matricola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rapporto di lavoro a tempo □ **determinato,** (solo per i contratti superiori a 6 mesi continuativi, tranne matrimonio) □ **indeterminato**, consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste dal D.P.R. 28.12.2000 n. 445 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti da cui all’art.46-47 del citato D.P.R. e sotto la propria responsabilità

**CHIEDE**

La fruizione del permesso in oggetto per il giorno \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **su base oraria, dalle** \_\_\_\_\_\_\_\_ **alle** \_\_\_\_\_\_\_\_ comprensivi anche dei tempi di percorrenza da e per la

 sede di lavoro.

* Sono incompatibili con l’utilizzo della medesima giornata delle altre tipologie di permessi fruibili ad ore, previsti dalla Legge e dal menzionato C.C.N.L., nonché con i riposi compensativi di maggiore prestazioni lavorative;
* Non sono assoggettati alla decurtazione del trattamento economico accessorio previsto per le assenze per malattia nei primi 10 giorni;

□ **su base giornaliera**;

* sono assoggettati alla decurtazione del trattamento economico accessorio previsto per le assenze per malattia nei primi 10 giorni.

**La richiesta è presentata**:

□ con preavviso di 3 giorni;

□ con preavviso di 24 ore precedenti alla fruizione, per comprovata urgenza o necessità;

□ non oltre l’inizio dell’orario di lavoro del giorno in cui si intende fruire del periodo di permesso giornaliero

 o orario, per comprovata urgenza o necessità.

□ **Allega: ATTESTAZIONE DI PRESENZA**

Redatta della struttura, anche privata, con orario di ingresso e di uscita, data, timbro, firma di coloro che hanno svolto la visita o la prestazione.

Rieti li \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del dipendente

Visto si autorizza

Il Responsabile/Il Coordinatore

timbro e firma