

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**

Via del Terminillo, 42 - 02100 RIETI - Tel. 07462781 - PEC: asl.rieti@pec.it  
C.F. e P.I. 00821180577

UOC: Amministrazione del Personale Dipendente, a Convenzione e Collaborazioni

**Al Direttore UOC .....**

**AI COORDINATORE .....**

ASPETTATIVA ART. 12 CCNL integrativo 7\04\1999 (non retribuita)

Il/la sottoscritto/a .....  
matricola n....., in servizio presso..... con la  
qualifica di .....con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e  
prestazione lavorativa full time \ part time chiede di poter fruire di un periodo di aspettativa non  
retribuita:

dal.....al.....

dal.....al.....

dal .....al.....

dal .....al.....

per il seguente motivo.....  
.....  
.....  
.....

*\*\*In caso di proroga o di nuova richiesta dopo periodo di interruzione il dipendente dovrà produrre autocertificazione attestante il permanere delle condizioni che hanno reso possibile la concessione dell'aspettativa.*

Data .....

Visto SI AUTORIZZA \ NON SI AUTORIZZA (cancellare la voce che non interessa)

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

IL DIPENDENTE

Firma leggibile e timbro del servizio

.....

.....

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**

Via del Terminillo, 42 - 02100 RIETI - Tel. 07462781 - PEC: asl.rieti@pec.it

C.F. e P.I. 00821180577

UOC: Amministrazione del Personale Dipendente, a Convenzione e Collaborazioni

**Al Direttore UOC .....**

**AI COORDINATORE .....**

**CONGEDI PER FIGLI \ CONIUGE \ PERSONA CONVIVENTE CON  
HANDICAP GRAVE ART. 42 D.L. 151/2001**

Il/la sottoscritto/a ..... matricola n....., in servizio..... con la  
qualifica di .....con rapporto di lavoro a indeterminato e prestazione  
lavorativa full time \ part time .....nato il .....

chiede di poter fruire di un periodo di congedo per :

figlio\ coniuge \ persona convivente .....con handicap grave  
dal .....al.....

*\*\*\*In caso di proroga o di nuova richiesta dopo periodo di interruzione il dipendente dovrà produrre autocertificazione attestante il permanere delle condizioni che hanno reso possibile la concessione del congedo.*

Data .....

PER PRESA VISIONE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

IL DIPENDENTE

Firma leggibile e timbro del servizio

.....

.....

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**

**Via del Terminillo, 42 -02100 RIETI – Tel. 07462781 – PEC: asl.rieti@pec.it  
C.F. e P.I. 00821180577**

UOC: Amministrazione del Personale Dipendente, a Convenzione e Collaborazioni

**AL DIRETTORE UOC  
AMMINISTRAZIONE DEL  
PERSONALE DIPENDENTE  
A CONVENZIONE E  
COLLABORAZIONI**

Il\la sottoscritto\ta ..... matricola n....., in servizio.....  
con la qualifica di .....con rapporto di lavoro a indeterminato e  
prestazione lavorativa ful time \ part time .....nato il .....  
che ha chiesto di poter fruire con nota del.....di .....  
.....  
.....

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle  
leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000 dichiara il  
permanere delle condizioni che hanno reso possibile la concessione del congedo \ aspettativa .

Data .....

Il Dipendente (firma leggibile)