 

**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: Richiesta PERMESSO RETRIBUITO**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola n. \_­­­\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­\_ in servizio presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_\_\_ rapporto di lavoro a tempo determinato/indeterminato, chiede di poter fruire di: □ giorni □ ore dal………………….. al…………………………dalle ore ………….. alle ore…..………... per il seguente motivo:

|  |  |
| --- | --- |
| **A** | Aggiornamento professionale facoltativo/esami/congressi/specializzazioni per la dirigenza |
| **B** | Lutto (specificare grado parentela col defunto)  ………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **C** | **Art. 37:** □ Motivi personali □ di famiglia □ nascita figlio  ………………………………………………………………………………………………………………………………….……. |
| **D** | Matrimonio |
| **E** | **Art. 33:** L. 104/92 e successive modificazioni e integrazioni:  □ Personale □ Genitore □ Figlio maggiorenne □ Figlio minorenne □ Parente/affine |
| **F** | Componente commissione d’esami |
| **G** | Donazione sangue |
| **H** | Cure termali |
| **I** | Mandato amministrativo |
| **L** | Congedo parentale (1204) art. 32 D. L.vo 151/01  Generalità figlio: cognome…………………………….. nome……………..…………… .nat.. il…..…………. |
| **M** | Malattia figlio (1204) art.47 D .L.vo 151/0  Generalità figlio: cognome………………………..…… nome…………………..……… nat.. il……….……… |
| **N** | Membro Ufficio Elettorale |
| **O** | Giudice Popolare |

Data ………………………………….

Firma del dipendente

Visto si autorizza

Il Responsabile/Il Coordinatore

timbro e firma