

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI
 Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
 C.F. e P.I. 00821180577

OGGETTO: Richiesta permesso retribuito

**Al Direttore UOC Amm.ne del Personale dipendente a
 convenzione e collaborazioni**

..l. sottoscritt..... _____

matricola n. _____, in servizio presso _____

con la qualifica di _____ con rapporto di

lavoro a tempo **determinato/indeterminato**, chiede di poter fruire di giorni/ore _____ di

permesso retribuito dalle orealle ore.....del..... per il seguente motivo:

A	Aggiornamento professionale facoltativo/esami/congressi/convegni/specializzazioni per la dirigenza	CONG
B	Lutto (specificare il grado di parentela col defunto) _____	LUTT
C	Motivi personali/di famiglia/nascita figlio	C.S.
D	Matrimonio	MAT
E	Art. 33 L. 104/92 e successive modificazioni e integrazioni: <input type="checkbox"/> Personale <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Figlio Maggiorene <input type="checkbox"/> Figlio Minorenne <input type="checkbox"/> Parente/Affine	P.R.
F	Componente commissione d'esami	COMM
G	Donazione sangue	D.S.
H	Cure termali	C.TER
I	Mandato amministrativo	M.A.
L	Congedo parentale (1204) art. 32 D.L.vo 151/01, data nascita _____	COPA
M	Malattia figlio (1204) art. 47 D.L.vo 151/01, data nascita figlio _____	M.F.

Rieti lì

.....
 (firma)

Visto: si autorizza
 IL DIRIGENTE RESPONSABILE

.....

