

**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 ore .....alle ore.....del..... per il seguente motivo:

A	Aggiornamento professionale facoltativo/esami/congressi/convegni/specializzazioni per la dirigenza	<b>CONG</b>
B	Lutto (specificare il grado di parentela col defunto) _____	<b>LUTT</b>
C	Motivi personali/di famiglia/nascita figlio	<b>C.S.</b>
D	Matrimonio	<b>MAT</b>
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	<b>P.R.</b>
F	Componente commissione d'esami	<b>COMM</b>
G	Donazione sangue	<b>D.S.</b>
H	Cure termali	<b>C.TER</b>
I	Mandato amministrativo	<b>M.A.</b>
L	Congedo parentale (1204) art. 32 D.L.vo 151/01, data nascita _____	<b>COPA</b>
M	Malattia figlio (1204) art. 47 D.L.vo 151/01, data nascita figlio _____	<b>M.F.</b>

Rieti lì .....

.....  
 (firma)

Visto: si autorizza  
 IL DIRIGENTE RESPONSABILE

.....

