



Referente: Rita Toch
 e-mail: personale@aspbrunetti.it
 PEC: covilpaluzza@pec.it

Al/Alla Direttore Generale/Responsabile/Coordinatore *
 e p.c. All'Ufficio del Personale dell' ASP

Il/La sottoscritto/a _____ dipendente di codesto
 Ente, in servizio presso:

<input type="checkbox"/> UFFICI AMM.VI	<input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> SERV. TECNIC. MANUT.
<input type="checkbox"/> RESP. AMM. / GOV. ASS.LE	<input type="checkbox"/> REPARTO _____	<input type="checkbox"/> CUCINA
	<input type="checkbox"/> REPARTO _____	<input type="checkbox"/> LAVAND./GUARD.

chiede di essere autorizzato ad assentarsi del servizio per:

causale	periodo		TOTALE GIORNI/ORE
<input type="checkbox"/> FERIE	dal giorno	al giorno	giorni N°
<input type="checkbox"/> FERIE	dal giorno	al giorno	giorni N°
<input type="checkbox"/> FERIE	dal giorno	al giorno	giorni N°
<input type="checkbox"/> RECUPERO ORE	dal giorno	al giorno	giorni N°
<input type="checkbox"/> RECUPERO ORE	nel giorno	dalle _____ alle _____	ore N°
<input type="checkbox"/> RECUPERO ORE	nel giorno	dalle _____ alle _____	ore N°

o di assentarsi per **permesso**

PERMESSI**			
<input type="checkbox"/> Ex art. 41 REC	<input type="checkbox"/> Ex art. 37 PD	<input type="checkbox"/> Visita medica	<input type="checkbox"/> Donazione sangue
<input type="checkbox"/> Lutto	<input type="checkbox"/> Concorsi, esami	<input type="checkbox"/> 150 ore STUDIO	<input type="checkbox"/> Legge 104
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____			<input type="checkbox"/> NON RETRIBUITO
** La richiesta di PERMESSO va corredata con la relativa documentazione, qualora necessaria, secondo le indicazioni dell' Ufficio del Personale.			
	il giorno	al giorno	giorni N°
	dalle ore	alle ore	Ore N°
	dal giorno	al giorno	giorni N°
	dalle ore	alle ore	Ore N°
	dal giorno	al giorno	giorni N°
	dalle ore	alle ore	Ore N°

Data _____

Firma del dipendente _____

Data _____

Il Direttore Generale/Il Responsabile/Il Coordinatore

AUTORIZZA _____

NON AUTORIZZA _____