



REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale n. 2
Lanciano-Vasto-Chieti

Via Martiri Lancianesi, 17/19 - 66100 CHIETI
Cod. Fisc. Part. IVA 02307130696

Data _____

Al Direttore / Dirigente responsabile / Coordinatore
U.O. _____

RICHIESTA PERMESSI ORARI A RECUPERO

Il/la sottoscritto/a _____ Matr. _____
dipendente presso codesta U.O. in qualità di _____

- Tempo indeterminato
 Tempo determinato (contratto di durata non inferiore a 6 mesi continuativi comprensivi anche di proroghe)

CHIEDE

di potersi assentare dal lavoro (art. 41 del CCNL del 21/05/18 - **Personale Comparto Sanità**)

Il giorno _____

Dalle ore _____ alle ore _____

Il dipendente è tenuto a recuperare le ore non lavorate entro il mese successivo, secondo modalità individuate dal responsabile. In caso di mancato recupero, si determina la proporzionale decurtazione della retribuzione.

AVVERTENZE:

- il dipendente può assentarsi solo dopo aver ottenuto l'autorizzazione.
- I permessi orari non possono essere di durata superiore alla metà dell'orario di lavoro giornaliero e non possono comunque superare le **36 ore annue**.

Firma del dipendente

SI AUTORIZZA CON OBBLIGO DI RECUPERO.

NON SI AUTORIZZA PER LE SEGUENTI ESIGENZE DI SERVIZIO :

Il Direttore / Dirigente responsabile / Coordinatore

TIMBRO E FIRMA