



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

Via dei Vestini snc - Palazzina N (ex palazzina Se.Bi) - 66100 CHIETI
Cod. Fisc. Part. IVA 02307130696

Data _____
Al Direttore/ Dirigente Responsabile/Coordinatore
U.O. _____
SEDE _____

RICHIESTA DI PERMESSO RETRIBUITO

Il/la sottoscritto/a _____ matr. n. _____ profilo
prof.le _____ con rapporto di lavoro a

Tempo Indeterminato Tempo determinato

chiede un permesso retribuito di giorni _____ per :

- Aggiornamento Professionale facoltativo dal _____ al _____;
- Aggiornamento Professionale dirigenti 4h sett.li dal _____ al _____;
- Aggiornamento Professionale obbligatorio dal _____ al _____;
- Partecipazione a concorso o esami dal _____ al _____;
- Lutto familiare per (indicare il grado di parentela o affinità) _____
[riconosciuto solo per coniuge, convivente, parenti entro il 2° ed affini entro il 1°].
dal _____ al _____;
- Congedo matrimoniale
(15gg consecutivi da richiedere entro 45 gg dall'evento) dal _____ al _____;
- Donazione sangue dal _____ al _____;
- Donazione di midollo osseo dal _____ al _____;
- Permesso per amministratori pubblici dal _____ al _____;
per _____; (con attestazione di presenza)
- Funzioni elettorali:
 - permesso per lo svolgimento delle operazioni - con attestazione del Presidente della Sezione elettorale
dal _____ al _____;
 - riposo compensativo per i giorni non lavorativi o festivi in cui si sono svolte le operazioni
dal _____ al _____;
- Permesso non retribuito per dipendenti a tempo determinato dal _____ al _____;
- Congedo per cure ai sensi dell'art.7 del D. Lgs. 119/2011 dal _____ al _____;
(allegare certificazione medica attestante la necessità della cura)
- Altro _____ dal _____ al _____.

Documentazione allegata: _____.

Firma del dipendente: _____

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA PER LE SEGUENTI ESIGENZE DI SERVIZIO :

IL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE DI U.O.

TIMBRO E FIRMA