



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. _____

RICHIESTA DI PERMESSO ORARIO RETRIBUITO PER PARTICOLARI MOTIVI PERSONALI O FAMILIARI

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

un permesso orario retribuito per particolari motivi personali o familiari
- Art. 37 del CCNL del 21/05/2018 – Personale Comparto Sanità -
- Art. 37 del CCNL del 19/12/2019 – Personale della Dirigenza Sanitaria -
(Massimo 18 ore annue)

Il giorno _____

Dalle ore _____ alle ore _____

MOTIVAZIONE: _____

(la motivazione deve essere indicata in quanto costituisce il presupposto legittimante per la concessione del permesso)

Si precisa che:

- non possono essere fruiti nella stessa giornata congiuntamente ad altre tipologie di permessi a ore, o con assenze per recupero ore;
- in caso di fruizione per l'intera giornata, l'incidenza dell'assenza sul monte ore dei permessi è pari all'orario giornalmente dovuto;
- non sono fruibili per frazione di ora.

Firma del dipendente

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA PER LE SEGUENTI ESIGENZE DI SERVIZIO :

Il Direttore / Dirigente responsabile / Coordinatore

TIMBRO E FIRMA