

Visto Settore Organizzativo _____

Visto Settore Amministrativo _____

RICHIESTA DI:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ferie | <input type="checkbox"/> Permesso - studio (150 h) | <input type="checkbox"/> Recupero eccedenza |
| <input type="checkbox"/> Aspettativa | <input type="checkbox"/> Permesso matrimonio | <input type="checkbox"/> Recupero turno festivo |
| <input type="checkbox"/> Congedo parentale 100%
nato il _____ | <input type="checkbox"/> Permesso lutto | <input type="checkbox"/> Recupero straord./reperibilità |
| <input type="checkbox"/> Congedo parentale 30%
nato il _____ | <input type="checkbox"/> Permesso motivi fam./pers. | <input type="checkbox"/> Recupero straordinario |
| <input type="checkbox"/> Malattia bambino
nato il _____ | <input type="checkbox"/> Permesso motivi di giustizia | <input type="checkbox"/> Recupero guardia notturna |
| <input type="checkbox"/> Permesso sindacale | <input type="checkbox"/> Permesso mandato amm.vo | <input type="checkbox"/> Altro _____ |
| <input type="checkbox"/> Permesso donazione sangue | <input type="checkbox"/> Permesso benefici L.104/92 | |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | <input type="checkbox"/> Permesso agg. Professionale | |
| | <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

Data		Unità Operativa		Matricola
Cognome e Nome				
N. Giorni	Dal	Al	Motivazione (ove richiesta) e/o Sostituzione	
Indirizzo e recapito telefonico				
Ove richiesto				
<input type="checkbox"/> Allega certificazione		<input type="checkbox"/> Si impegna a presentare la documentazione prescritta		

IL RICHIEDENTE

IL DIRIGENTE DEL DIPARTIMENTO