

Data di compilazione _____ / _____ / _____
giorno mese anno

dal					
	giorno	mese	anno		
al					

MODULO PERMESSI

Cognome e Nome _____ Interno _____

Qualifica _____ Orario di lavoro Tempo pieno Part time _____

Matricola _____ Struttura / Sede _____

PERMESSI RETRIBUITI**502**6 LUTTO
ALLEGARE AUTOCERTIFICAZIONE8 CONGEDO MATRIMONIALE
ALLEGARE AUTOCERTIFICAZIONE10 PARTECIPAZIONE ESAMI / CONCORSO
ALLEGARE AUTOCERTIFICAZIONE17 MOTIVI PERS. / FAM. NASCITA FIGLI
Specificare il motivo e nel caso in cui si accompagni un familiare
indicare il grado di parentela

_____ dalle ore _____ alle ore _____

ALLEGARE CERTIFICAZIONE

PERMESSI A VARIO TITOLO**503**4 DIRITTO ALLO STUDIO - 150 ORE
dalle ore _____ alle ore _____
ALLEGARE CERTIFICAZIONE5 DONAZIONE SANGUE/PLASMA
ALLEGARE CERTIFICAZIONE19 GRAVI MOTIVI ART. 4 - CO. 1 - LEGGE 53/2000
INDICARE GRADO DI PARENTELA

ALLEGARE CERTIFICAZIONE DI GRAVE INFERMITA' CARICHE PUBBLICHE (funzioni inerenti al "mandato")
dalle ore _____ alle ore _____80 CARICHE PUBBLICHE (Giunta/Consiglio - comunale/provinciale)
dalle ore _____ alle ore _____534 PERMESSO VISITE / TERAPIE / ESAMI DIAGNOSTICI
dalle ore _____ alle ore _____
ALLEGARE CERTIFICAZIONE**ASSENZE A VARIO TITOLO****504**3 RECUPERO ORE PERSONALE DEL COMPARTO
dalle ore _____ alle ore _____21 PERMESSO PER FUNZIONI ELETTORALI
ALLEGARE CERTIFICAZIONE23 VISITE DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA
dalle ore _____ alle ore _____
ALLEGARE CERTIFICAZIONE**ASSENZE CON EMOLUMENTI RIDOTTI****505**42 PERMESSI PERSONALE TEMPO DETERMINATO RID.100%
ALLEGARE CERTIFICAZIONEIl Dipendente
_____Il Responsabile

NOTE DEL SERVIZIO GESTIONE DEL PERSONALE