

Alla S.C. Amministrazione del Personale e Relazioni Sindacali  
- Settore Rilevazione Presenze -  
Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista (TO)

**RICHIESTA PERMESSO RETRIBUITO PER: PARTICOLARI MOTIVI PERSONALI O FAMILIARI**, comparto sanità: artt. 21 C.C.N.L. 1/9/95, 41 C.C.N.L. 7/4/99, 39 C.C.I.A. del 18/12/2000; dirigenza medica e non medica: artt. 22 e 23 del C.C.N.L. 5/12/1996.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_ centro di costo \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

dipendente in qualità di \_\_\_\_\_

a tempo INDETERMINATO c/o la S.C. \_\_\_\_\_ tel. interno \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'autorizzazione ad usufruire giorni \_\_\_\_\_ e/o ore \_\_\_\_\_ di permesso retribuito per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

TORINO, li \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE

PARERE FAVOREVOLE

DEL DIRETTO SUPERIORE

DEL DIRETTORE DI  
STRUTTURA COMPLESSA

DELLA DIREZIONE SANITARIA

Il suddetto permesso retribuito è di 3 giorni annui, fruibili anche ad ore.  
La presente richiesta dovrà essere inoltrata in data antecedente l'assenza e comunque non oltre le 72 ore dalla data di scadenza della fruizione.

Per aver titolo al beneficio, l'interessato dovrà presentare alla S.C. in indirizzo, personalmente o tramite delegato, la documentazione probatoria in originale o copia autenticata ovvero autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000, entro 30 giorni dalla fruizione, ottenendo al tempo stesso idonea ricevuta dall'operatore addetto. In caso di mancata presentazione nel termine suindicato, della succitata documentazione, i giorni effettivamente usufruiti verranno considerati automaticamente **ASSENZA INGIUSTIFICATA** con relativa decurtazione dalle competenze stipendiali.

Sarà cura del dipendente inoltrare tempestivamente alla suddetta S.C. eventuale rinuncia in caso di non utilizzo.

(A cura dell'Amministrazione: CAUSALE

DAL

GIORNI )