



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

## Domanda di permesso retribuito

ai sensi

- Dell'art. 21 del CCNL comparto 01/09/95, come integrato dall'art.23 comma 2 CCNL 19/4/04;
- Dell'art. 22 del CCNL dirigenza non medica 5/12/96, come integrato dall'art.24 CCNL 3/11/05;
- Dell'art. 23 del CCNL dirigenza medica e veter. 5/12/96, come integrato dall'art.24 CCNL 3/11/05

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

è dipendente con la qualifica di \_\_\_\_\_

in servizio presso il \_\_\_\_\_

### CHIEDE

La concessione di gg. \_\_\_\_\_ di permesso retribuito, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, ai sensi delle suddetta disciplina contrattuale, per:

Particolari motivi personali o familiari (descrivere motivi \_\_\_\_\_)

documentati come da allegato;

Nascita di figli, documentata come da allegato;

Effettuazione testimonianza per fatti non d'ufficio, documentata come da allegato;

Assenza motivata da gravi calamità naturali che rendono oggettivamente impossibile il raggiungimento della sede di servizio (descrivere motivi \_\_\_\_\_)

Data .....

IL RICHIEDENTE

NULLA OSTA  
(TIMBRO E FIRMA)

SI CONCEDE (1)  
(TIMBRO E FIRMA)

1) Il Capo Settore, Il Resp.del Presidio Osp., Il Direttore del Distretto