



Matricola _____

Roma, li _____

Il / La sottoscritto/a..... Dipendente UNI AZI

c/o la Struttura..... con la qualifica di.....

recapito/ tel. chiede l'autorizzazione a fruire di:

- Ferie anno 20__ gg. ___ dal ___ al ___
- Festività sopresse (L. 23.12.77 n. 937) gg. ___ dal ___ al ___
- Assenza per infortunio in servizio gg. ___ dal ___ al ___
- Assenza Malattia (SPECIFICARE SE: CON RICOVERO o PATOLOGIA)..... gg. ___ dal ___ al ___
- **Matrimonio (max 15 gg.) gg. ___ dal ___ al ___
- Concorso - esame - aggiornamento (max 8 gg.) (allegare attestato partecipazione) gg. ___ dal ___ al ___
- ** Lutto (max 3 gg. continuativi per evento) (CCNL sanità art.21) gg. ___ dal ___ al ___
- ** Motivi personali o familiari - Nascita figlio (max 18 h/anno) g. ___ dalle h ___ alle h ___
- **Permesso per grave infermità coniuge o parente (max 3 gg.) L 53/2000 gg. ___ dal ___ al ___
- **Donatori di sangue (L. n. 584/67, art.1) gg. ___ dal ___ al ___
- Permesso studio/150 ore (n. ___ ore) (allegare attestato partecipazione) gg. ___ dal ___ al ___
- Permesso per se stesso diversamente abile (L.104/92 art. 33 c.6) gg. ___ dal ___ al ___
- *Permesso per * (nome/grado del familiare) _____ in giorni gg. ___ dal ___ al ___
diversamente abile (L.104/92 art. 33 c.3) ad ore h ___ dalle h ___ alle h ___
- Permesso sindacale (produrre attestato partecipazione) gg. ___ dalle h ___ alle h ___
- Aggiornamento professionale Dirigenza (allegare attestato partecipazione) gg. ___ dal ___ al ___
- Permesso breve da recuperare (entro il mese successivo max 36 annue) h. ___ dalle h. ___ alle h. ___
- **Interdizione dal lavoro (Dlgs 151/2001, art. 17 c.2, lett. a/b/c) gg. ___ dal ___ al ___
- **Congedo maternità/paternità (data presunta del parto) gg. ___ dal ___ al ___
- **Congedo parentale per _____ nato/a il _____ gg. ___ dal ___ al ___
- ** Prolungamento del Congedo parentale (dlgs151, art.) per _____ gg. ___ dal ___ al ___
- **Congedo malattia figlio/a per _____ nato/a il _____ gg. ___ dal ___ al ___
- Varie _____ dal _____ al _____

*Si dichiara sotto la propria responsabilità che la persona non è ricoverata a tempo pieno.

**Allegare certificazione obbligatoria.

IL RICHIEDENTE (TIMBRO e FIRMA LEGGIBILE)

IL RESPONSABILE (TIMBRO e FIRMA LEGGIBILE)

IL DIRETTORE
