

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 _____
dipendente in qualità di _____ c/o la S.C.. _____
a tempo _____ TEL. Ufficio _____ /cellulare _____

CHIEDE

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

dal _____ al _____ dalle ore _____ alle ore _____

IL RICHIEDENTE

TORINO, li _____

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 presentata al proprio Responsabile e/o Direttore della S.C. di appartenenza tempestivamente e comunque entro 3 giorni dall'evento per l'autorizzazione.

Il dipendente entro **15 giorni** dalla data di fruizione del permesso stesso, dovrà presentare alla Struttura Complessa "Amministrazione del Personale e Relazioni Sindacali" contemporaneamente sia la richiesta di permesso che il relativo giustificativo in originale e/o autocertificazione (i dipendenti dovranno presentarsi con due copie del giustificativo; in una copia verrà apposta la data e firma per ricevuta e restituita al dipendente).

Si rammenta che le autocertificazioni, ai sensi del DPR 445/2000, essendo dichiarazioni sostitutive di certificazione o dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà, possono essere sottoscritte solo per eventi comunque certificabili da pubbliche amministrazioni, al fine di poter effettuare le eventuali successive verifiche. Pertanto non verranno accettate le autocertificazioni riferibili a privati.

La mancata presentazione della richiesta di permesso e relativo giustificativo entro il termine di **15 giorni** di cui sopra, dalla fruizione, comporterà che i relativi giorni di assenza verranno considerati **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.

Parte riservata all'ufficio

CAUSALE _____ DAL _____ AL _____ GG. _____ al 100%