

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577

Al Direttore UOC Politiche del Personale

Oggetto: **Assenza per espletamento di visita, terapia, prestazione specialistica, od esame diagnostico, ai sensi dell'Art. 40 CCNL del Comparto Sanità del 21.05.2018, triennio 2016/2018, nella misura di 18 ore annuali.**

Il/La sottoscritto/a _____ matricola _____

in servizio presso _____ qualifica _____

rapporto di lavoro a tempo **determinato**, (solo per i contratti superiori a 6 mesi continuativi, tranne matrimonio) **indeterminato**, consapevole delle responsabilità amministrative civili e penali previste dal D.P.R. 28.12.2000 n. 445 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti da cui all'art.46-47 del citato D.P.R. e sotto la propria responsabilità

CHIEDE

La fruizione del permesso in oggetto per il giorno ____/____/____

- su base oraria, dalle _____ alle _____** comprensivi anche dei tempi di percorrenza da e per la sede di lavoro.
- ❖ Sono incompatibili con l'utilizzo della medesima giornata delle altre tipologie di permessi fruibili ad ore, previsti dalla Legge e dal menzionato C.C.N.L., nonché con i riposi compensativi di maggiore prestazioni lavorative;
 - ❖ Non sono assoggettati alla decurtazione del trattamento economico accessorio previsto per le assenze per malattia nei primi 10 giorni;
- su base giornaliera;**
- ❖ sono assoggettati alla decurtazione del trattamento economico accessorio previsto per le assenze per malattia nei primi 10 giorni.

La richiesta è presentata:

- con preavviso di 3 giorni;
- con preavviso di 24 ore precedenti alla fruizione, per comprovata urgenza o necessità;
- non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno in cui si intende fruire del periodo di permesso giornaliero o orario, per comprovata urgenza o necessità.

Allega: ATTESTAZIONE DI PRESENZA

Redatta dalla struttura, anche privata, con orario di ingresso e di uscita, data, timbro, firma di coloro che hanno svolto la visita o la prestazione.

Rieti li ____/____/____

Firma del dipendente

Visto si autorizza
Il Responsabile/Il Coordinatore
timbro e firma