Provincia di BARLETTA – ANDRIA – TRANI
Piazza Umberto I – 76123 - ANDRIA
CF: 81001210723 - P.IVA: 00956770721
Tel. 0883/290306 - Fax. 0883/290225
Settore Programmazione Economico Finanziaria-Tributi-
Politiche Comunitarie-Partecipazioni Societarie-Risorse Umane

Al Sig. Dirigente del Servizio Risorse Umane

Al Sig. Dirigente del Settore N. _____

LORO SEDI

OGGETTO: Richiesta permesso orario retribuito per motivi di salute (art. 35 CCNL 2016-2018).

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____ e residente in _____, dipendente di questa Amministrazione, con profilo professionale di _____, categoria ____, Settore _____ matricola n._____

CHIEDE

di usufruire del permesso retribuito spettante a norma di legge per n° _____ (massimo 18 ORE annuali) IL giorno _____dalle ore _____ alle ore _____, per le seguenti motivazioni:
_____
_____
_____
_____
_____

Il/La sottoscritto/a si impegna al rientro in servizio a presentare apposita documentazione attestante il motivo per il quale necessita la mia assenza dal luogo di lavoro.

FIRMA

_____

Data, lì _____

VISTA LA RICHIESTA, SI AUTORIZZA
Il Dirigente
_____