



Matricola \_\_\_\_\_

Roma, li \_\_\_\_\_

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

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

recapito/tel. .... comunica, ovvero chiede

l'autorizzazione a fruire di:

		[CAUSALI]
<input type="checkbox"/> Ferie anno 20__	gg. ___ dal ___ al ___	CO1
<input type="checkbox"/> Festività soppresse (L. 23.12.77 n. 937)	gg. ___ dal ___ al ___	FSS
<input type="checkbox"/> Assenza Malattia	gg. ___ dal ___ al ___	(")
<input type="checkbox"/> **Concorso – esame - aggiornamento (max 8 gg.)	gg. ___ dal ___ al ___	CES
<input type="checkbox"/> ** Lutto (max 3 gg. per evento, entro i successivi 7 gg)	gg. ___ dal ___ al ___	PLT
<input type="checkbox"/> **Motivi personali o familiari (3 gg/anno) (Regolamento n.58 del 20/07/2016) in alternativa (solo comparto: max 18 h/anno)	gg. ___ dal ___ al ___ ad ore dalle h ___ alle h ___	PRE POR
<input type="checkbox"/> **Permesso per grave infermità coniuge o parente (max 3 gg.) L 53/2000	gg. ___ dal ___ al ___	PGM
<input type="checkbox"/> Permesso studio (150 ore) (allegare attestato partecipazione)	n. ___ ore il _____	150
<input type="checkbox"/> Permesso per <u>se stesso</u> portatore handicap (L.104/92 art. 33)	gg. ___ dal ___ al ___ ad ore dalle h ___ alle h ___	L4S L4S
<input type="checkbox"/> *Permesso <u>familiare</u> portatore handicap (L.104/92 art. 33, Circ. D.F.P. n. 13/2010) (nome/grado del familiare) _____	gg. ___ dal ___ al ___	L4F
<input type="checkbox"/> **Matrimonio (max 15 gg., entro 30 gg dall'evento)	gg. ___ dal ___ al ___	PMA
<input type="checkbox"/> **Interdizione dal lavoro (Dlgs 151/2001)	gg. ___ dal ___ al ___	ISP
<input type="checkbox"/> **Astensione dal lavoro (data presunta del parto _____) (Dlgs 151/2001)	gg. ___ dal ___ al ___	CMA
<input type="checkbox"/> **Congedo parentale per _____ nato/a il _____	gg. ___ dal ___ al ___	CPA
<input type="checkbox"/> **Congedo malattia figlio/a per _____ nato/a il _____	gg. ___ dal ___ al ___	MF0-MF1
<input type="checkbox"/> **Permesso per volontariato	gg. ___ dal ___ al ___	VOL
<input type="checkbox"/> **Permesso sindacale (esclusa assemblea sindacale)	g. ___ dalle h. ___ alle h. ___	PSN
<input type="checkbox"/> **Donatori di sangue (L. n. 584/67, art.1)	gg. ___ dal ___ al ___	PRN
<input type="checkbox"/> Permesso breve da recuperare (entro il mese successivo, max 36 annue)	h. ___ dalle h. ___ alle h. ___	RRI
<input type="checkbox"/> Aggiornamento professionale Dirigenza (allegare attestato partecipazione)	gg. ___ dal ___ al ___	AGP
<input type="checkbox"/> Varie _____	gg. ___ dal ___ al ___	

[\*Si dichiara, sotto la propria responsabilità, che la persona non è ricoverata a tempo pieno] – [\*\* Allegare certificazione]

["] ASSENZA PER MALATTIA: MAL (malattia) – MCS (mal. causa di servizio) – M11 (grave patologia comparto) – M9D (grave patologia dirigenza)  
– MRI (mal. invalidità riconosciuta) – CIN (cure invalidità riconosciuta) – MRC (mal. ricovero e convalescenza) – HDH ](day hospital e day surgery)

IL RICHIEDENTE

IL RESPONSABILE/COORDINATORE

IL DIRETTORE della STRUTTURA