



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
 Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

M 923F/3A

Dipartimento Amministrativo e Tecnico
 Unità Operativa Risorse Umane

Oggetto: richiesta di permesso – personale dipendente a tempo indeterminato

DATI RELATIVI AL LAVORATORE RICHIEDENTE IL PERMESSO, DIPENDENTE CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO

COGNOME _____ NOME _____ matr. _____
 IN SERVIZIO PRESSO _____
 NEL PROFILO DI _____

Si chiede di usufruire delle seguenti giornate di permesso dal _____ al _____
 ovvero
 di fruire delle seguenti ore di permesso _____ nella giornata del _____ ,

per le motivazioni sotto indicate e per le quali, consapevole delle responsabilità civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste, effettuo le seguenti dichiarazioni:

<input type="checkbox"/> permesso retribuito per partecipazione a concorsi pubblici ed esami <i>(massimo gg. 8/anno – massimale cumulativo con aggiornamento facoltativo)</i>	Dichiaro di aver partecipato nella giornata del _____ a: <input type="checkbox"/> Prova di concorso pubblico per il profilo di _____, presso l'Ente: _____ <input type="checkbox"/> Prova di esame in _____, presso l'Istituto scolastico/universitario: _____ _____ cui sono regolarmente iscritto. <i>Si allega attestato di partecipazione</i> <i>Per l'aggiornamento facoltativo compilare il "modello unico aggiornamento" reperibile nella sezione Modulistica Formazione</i>										
<input type="checkbox"/> 2. permesso retribuito per lutto <i>(massimo 3 gg.)</i>	Dichiaro che il familiare sig./a _____ nato/a a _____ il _____ è deceduto in data _____ nel comune di _____ legame di parentela/affinità con il familiare (barrare la casella che interessa) <table border="1" data-bbox="646 1863 1444 2049"> <tr> <td>Coniuge</td> <td>Nonno/a</td> </tr> <tr> <td>Convivente (stesso stato di famiglia)</td> <td>Fratello/sorella</td> </tr> <tr> <td>Genitore</td> <td>Suocero/a</td> </tr> <tr> <td>Figlio/a</td> <td>Nipote (figlio del figlio)</td> </tr> <tr> <td>Genero/nuora</td> <td></td> </tr> </table>	Coniuge	Nonno/a	Convivente (stesso stato di famiglia)	Fratello/sorella	Genitore	Suocero/a	Figlio/a	Nipote (figlio del figlio)	Genero/nuora	
Coniuge	Nonno/a										
Convivente (stesso stato di famiglia)	Fratello/sorella										
Genitore	Suocero/a										
Figlio/a	Nipote (figlio del figlio)										
Genero/nuora											

<p><input type="checkbox"/> 3. permesso retribuito per particolari motivi personali o familiari per: (massimo 18 ore/anno)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nascita del figlio Dichiaro che mio figlio/a _____ è nato/a il _____ nel comune di _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ricovero del familiare presso strutture ospedaliere pubbliche o private Dichiaro che il familiare sig./a _____ _____ nato/a a _____ _____ il _____ è stato ricoverato nel periodo dal _____ al _____ presso la struttura _____ in località _____ <i>per le strutture private, si allega certificato di ricovero</i> legame di parentela/affinità con il familiare (barrare la casella che interessa)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">Coniuge</td><td>Nonno/a</td></tr> <tr><td>Convivente (stesso stato di famiglia)</td><td>Fratello/sorella</td></tr> <tr><td>Genitore</td><td>Suocero/a</td></tr> <tr><td>Figlio/a</td><td>Nipote (figlio del figlio)</td></tr> <tr><td>Genero/nuora</td><td></td></tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Accompagnamento del familiare a visite specialistiche, esami diagnostici presso strutture pubbliche o private (sono escluse le visite presso medici di medicina generale, pediatri, prelievi ematici) Dichiaro che il familiare sig./a _____ _____ nato/a a _____ _____ il _____ ha effettuato una prestazione sanitaria come da documentazione allegata <i>si allega attestazione di presenza per accompagnamento rilasciata dal medico o dalla struttura pubblica o privata che ha erogato la prestazione</i> legame di parentela/affinità con il familiare (barrare la casella che interessa)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;">Coniuge</td><td>Nonno/a</td></tr> <tr><td>Convivente (stesso stato di famiglia)</td><td>Fratello/sorella</td></tr> <tr><td>Genitore</td><td>Suocero/a</td></tr> <tr><td>Figlio/a</td><td>Nipote (figlio del figlio)</td></tr> <tr><td>Genero/nuora</td><td></td></tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Effettuazione di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici da parte del dipendente presso strutture pubbliche o private (sono escluse le visite presso medici di medicina generale, prelievi ematici) <i>Si allega attestazione di presenza rilasciata dal medico o dalla struttura pubblica o privata che ha erogato la prestazione</i></p>	Coniuge	Nonno/a	Convivente (stesso stato di famiglia)	Fratello/sorella	Genitore	Suocero/a	Figlio/a	Nipote (figlio del figlio)	Genero/nuora		Coniuge	Nonno/a	Convivente (stesso stato di famiglia)	Fratello/sorella	Genitore	Suocero/a	Figlio/a	Nipote (figlio del figlio)	Genero/nuora	
Coniuge	Nonno/a																				
Convivente (stesso stato di famiglia)	Fratello/sorella																				
Genitore	Suocero/a																				
Figlio/a	Nipote (figlio del figlio)																				
Genero/nuora																					
Coniuge	Nonno/a																				
Convivente (stesso stato di famiglia)	Fratello/sorella																				
Genitore	Suocero/a																				
Figlio/a	Nipote (figlio del figlio)																				
Genero/nuora																					

<p><i>segue</i></p> <p>permesso retribuito per particolari motivi personali o familiari</p>	<p><input type="checkbox"/> Vaccinazioni obbligatorie di figli minori</p> <p>Dichiaro che mio figlio/a _____ nato/a a _____ il _____ è stato sottoposto a vaccinazione come da documentazione allegata.</p> <p><i>Si allega attestazione di presenza per accompagnamento rilasciata dal medico o dalla struttura pubblica o privata che ha erogato la prestazione</i></p> <p><input type="checkbox"/> Testimonianze per fatti non d'ufficio, in procedimenti civili o penali.(Sono escluse le testimonianze rese in processi dove il dipendente è parte in causa nonché le testimonianze rese in processi nell'interesse dell'ente)</p> <p><i>Si allega attestato di presenza all'udienza</i></p> <p><input type="checkbox"/> Esercizio del diritto di voto. Per le giornate di voto e per raggiungere la residenza anagrafica, in alternativa alla fruizione di ferie o recuperi ore</p> <p><i>Si allega copia del certificato elettorale recante il timbro di voto</i></p> <p><input type="checkbox"/> Gravi calamità naturali che rendono oggettivamente impossibile il raggiungimento della sede di servizio, qualora lo stato di calamità sia stato proclamato dalle autorità locali.</p> <p>Dichiarazione di responsabilità.</p> <p>Dichiaro che in occasione della calamità naturale di _____, avvenuta nel comune di _____ per la giornata del _____ non ero oggettivamente in grado di raggiungere la sede di lavoro per le seguenti motivazioni :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><input type="checkbox"/> 4. permesso retribuito per matrimonio</p> <p><i>(gg. 15 consecutivi, da fruirsi entro 30 giorni dall'evento)</i></p>	<p>Dichiaro di aver contratto matrimonio con il sig./a _____ nato/a a _____ il _____</p> <p>Il matrimonio è avvenuto il _____ nel comune di _____</p>
<p><input type="checkbox"/> altro motivo previsto da disposizioni di legge (specificare):</p>	<p><input type="checkbox"/> permessi per donazione sangue</p> <p><input type="checkbox"/> permessi per donatori midollo osseo</p> <p><input type="checkbox"/> permessi per esercizio funzioni pubbliche elettive</p> <p><input type="checkbox"/> permessi per effettuazione esami prenatali</p> <p><input type="checkbox"/> permessi per controlli sanitari disposti dal medico competente</p> <p><input type="checkbox"/> permessi per espletamento funzioni di giudice popolare permessi per svolgimento operazioni elettorali</p> <p><input type="checkbox"/> permessi per volontariato nelle attività di protezione civile</p>

	<input type="checkbox"/> permessi per volontari del Corpo nazionale del soccorso alpino e speleologico <input type="checkbox"/> altro _____ _____ <i>Si allega attestato di presenza</i>
--	---

Data _____

Firma del dipendente _____

Valutate le esigenze organizzative/operative di servizio, si autorizza l'assenza del dipendente nel periodo richiesto.

Il Direttore / Coordinatore di riferimento _____

(l'eventuale diniego per esigenze di servizio deve essere comunicato al dipendente, a cura del Direttore / Coordinatore di riferimento)

SPAZIO RISERVATO UNITA' OPERATIVA RISORSE UMANE

Viste le dichiarazioni effettuate nonché la documentazione allegata alla presente istanza

- si autorizza la fruizione del premesso richiesto in quanto conforme alla regolamentazione aziendale
- NON si autorizza la fruizione del premesso richiesto in quanto eccedente il limite massimo previsto dalla normativa. L'assenza viene giustificata come ferie
- NON si autorizza la fruizione del premesso richiesto in quanto non conforme alla regolamentazione aziendale. L'assenza viene giustificata come ferie
- NON si autorizza la fruizione del premesso richiesto in quanto pervenuto oltre il termine dei 2 mesi successivi a quello di effettuazione.. L'assenza viene giustificata come ferie

Il Direttore della UO Risorse Umane _____