



Dipartimento Amministrativo e Tecnico
Sumap - Imola

Imola, li _____

RICHIESTA DI PERMESSO RETRIBUITO PERSONALE (art.37 CCNL 2018 Comparto Sanità)

Personale dipendente area comparto

● **TEMPO INDETERMINATO**

● **TEMPO DETERMINATO con contratto di lavoro di durata superiore a 6 mesi continuativi**

Il/La sottoscritt _____

matricola N. _____

dipendente in qualità di _____

in servizio presso U.O. _____

residente/domiciliato a _____

Via _____

n. _____

telefono cellulare _____

CHIEDE

di usufruire di permessi retribuiti **(max 18 ore all'anno)**

il giorno _____

dalle ore _____

alle ore _____

per l'intera giornata

per il seguente motivo (indicare sempre la motivazione)

Motivi personali e familiari:

(Firma)

VISTO, SI AUTORIZZA

Il Direttore dell'U.O./Servizio/Il Coordinatore di U.O

(Firma)

- =====
- a) non sono cumulabili nello stesso giorno con altri permessi orari o con riposi compensativi. Unicamente nel caso di residuo del massimale insufficiente a coprire la giornata, l'assenza per l'intero giorno può essere giustificata, oltre al permesso, anche da altro istituto ad ore.
- b) In caso di assenza di tutta la giornata viene caricato il debito convenzionale.
- c) non sono fruibili per una misura inferiore all'ora (non potrà essere fruito per meno di 1 ora).