



Dipartimento Amministrativo e Tecnico
Sumap - Imola

Imola, li _____

RICHIESTA PERMESSO NON RETRIBUITO PERSONALE A TEMPO DETERMINATO
(art.58 CCNL 2018 Comparto Sanità)

Il/La sottoscritt _____ matricola N. _____
dipendente a tempo determinato in qualità di _____
in servizio presso U.O. _____
residente/domiciliato a _____ Via _____ n. _____
telefono cellulare _____

CHIEDE

di usufruire di permessi **NON** retribuiti (max 15 giorno all'anno)

dal _____ al _____

per il seguente motivo (indicare sempre la motivazione)

Motivi personali e familiari:

Allega la seguente documentazione _____

Si impegna a produrre idonea documentazione giustificativa.

(Firma dipendente)

VISTO, SI AUTORIZZA

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

(Firma)