



GIUSTIFICATIVO DI ASSENZA

UOC Gestione Risorse Umane - Ufficio Verifica Presenze

Data di compilazione ____/____/____

	GIORNO	MESE	ANNO
dal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
al	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="text"/>						
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

matricola

Cognome e Nome _____

Qualifica _____

Reparto /servizio _____

Tel. Interno _____

FERIE 501

FERIE	1 <input type="checkbox"/>	FERIE AGGIUNTIVE ANESTESIA	7 <input type="checkbox"/>
FERIE AGGIUNTIVE RX	2 <input type="checkbox"/>	NOTE:	

PERMESSI RETRIBUITI (allegare documentazione) 502

LUTTI (coniuge o convivente, fino al 2° grado di parentela/affini di 1° grado)	6 <input type="checkbox"/>	MOTIVI PERS. / FAM. , NASCITA FIGLI (18 ore annuali, non è necessario allegare la documentazione - NON FRUIBILI per frazioni < 1 ora)	17 <input type="checkbox"/>	DALLE ORE	ALLE ORE
MATRIMONIO	8 <input type="checkbox"/>				
ESAMI /CONCORSO	10 <input type="checkbox"/>			NOTE	

PERMESSI A VARIO TITOLO (allegare documentazione) 503

DIRITTO ALLO STUDIO - 150 ORE	4 <input type="checkbox"/>	RIPOSI GIORN. MADRE/PADRE T.U.151/2001 - ALLATTAMENTO	9 <input type="checkbox"/>
DONAZIONE SANGUE	5 <input type="checkbox"/>	PERMESSI ART. 33 L. 104/92	12 <input type="checkbox"/>
CITAZIONE A TESTIMONIARE (atti d'ufficio)	7 <input type="checkbox"/>	PERMESSI ART. 33 L. 104/92 (2 ORE)	13 <input type="checkbox"/>

VISITE MEDICHE/TERAPIE/ESAMI SPECIALISTICI DEL PERSONALE DIPENDENTE	534	<input type="checkbox"/>	DALLE ORE	ALLE ORE
---	-----	--------------------------	-----------	----------

ASSENZE A VARIO TITOLO (allegare documentazione) 504

VISITE DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA	81 <input type="checkbox"/>	PER. PER FUNZIONI ELETTORALI	21 <input type="checkbox"/>	NOTE
RECUPERO ORE ACCANTONATE	3 <input type="checkbox"/>	REC. ATTIVITA' PER FUNZIONI ELETTORALI	85 <input type="checkbox"/>	
RIP. DIFFERITO (SETT.,FEST.,NAZ.) del ____	1 <input type="checkbox"/>	SMART WORKING	87 <input type="checkbox"/>	
RECUPERO ORE DIRIGENZA ART. 27 C. 3 CCNL AREA SANITA'	3 <input type="checkbox"/>	Note:		

CONGEDO PARENTALE (allegare modulo autocertificazione congedo parentale+ CARTA ID.)

CONGEDO PARENTALE	<input type="checkbox"/>	RETRIBUITO 100%	<input type="checkbox"/>	RETRIBUITO 80/60%	<input type="checkbox"/>	RETRIBUITO 30 %	<input type="checkbox"/>	NON RETRIBUITO	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	1/2 GIORNATA	<input type="checkbox"/>	GIORNATA INTERA					

CONGEDO DI PATERNITA' OBBLIGATORIO	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------

PERMESSO MALATTIA FIGLIO/A (allegare modulo autocertificazione malattia del figlio+ CARTA ID.)

PERMESSO PER MALATTIA FIGLIO/A	<input type="checkbox"/>	RETRIBUITO 100 % (502-14)	<input type="checkbox"/>	NON RETRIBUITO (505-52)
--------------------------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------	-------------------------

FIRME DI CONVALIDA

IL DIPENDENTE _____

IL RESPONSABILE _____

NOTE UFFICIO DEL PERSONALE

ALLEGATI