



DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO CENTRALE
DISTRETTO DI **FERRARA**

SERVIZIO GESTIONE PERSONALE

All'Ufficio Rilevazione

Presenze

Il -La sottoscritto/a _____ matricola n. _____

dipendente di questa Azienda in posizione funzionale di

DI RUOLO/ /NON DI RUOLO in servizio presso _____

(Ospedale -Distretto - Servizio)

C H I E D E

di assentarsi dal servizio per il motivo a retro indicato, nel seguente periodo:

dal giorno _____ al giorno _____

il giorno _____ dalle ore _____ / _____ alle ore _____ / _____

IL DIPENDENTE

.....

Data:.....

<input type="checkbox"/> Vista la richiesta si autorizza l'assenza <input type="checkbox"/> Vista la richiesta non si autorizza l'assenza per il seguente motivo:		
data:	Il Responsabile di Settore:	IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
_____	_____	_____

A*SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO PERSONALE: vista la presente richiesta, l'autorizzazione del Dirigente competente e la documentazione probatoria allegata alla presente SI AUTORIZZA	
Data, _____	IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Motivo dell'assenza

(barrare la casella di riferimento)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> (ferie | <input type="checkbox"/> festività soppressa | <input type="checkbox"/> rischio |
| <input type="checkbox"/> ⌚ recupero ore | <input type="checkbox"/> mese in corso | <input type="checkbox"/> da accantonamento |
| <input type="checkbox"/> 🕒 permesso breve _____ | | |

- ✍️ aggiornamento professionale
facoltativo.....
- 📖 partecipazione a concorsi od
esami.....
- 🕒 150
ore.....
- @ Art.
17.....
- 📄 funzioni presso uffici
elettorali.....
- ⚙️ cariche
pubbliche.....
- P permesso
sindacale.....
- ⌚ commissione
concorso.....
- 🖐️
testimonianza.....
- H permesso legge 104
handicap.....
- 🩸 donazione
sangue.....
- †
lutto.....
- E
matrimonio.....
- \$ permesso non
retribuito.....
-
- 📦
altro.....