



DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO CENTRALE  
DISTRETTO DI\_\_

SERVIZIO\_\_  
SERVIZIO\_\_  
All'Ufficio Rilevazione

**Presenze**

Il -La sottoscritto/a \_\_ matricola n. \_\_

dependente 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 \_\_

data: IL DIPENDENTE  
.....

IL RESPONSABILE

.....

<b>Motivo dell'assenza</b>	
(barrare la casella di riferimento)	
<input type="checkbox"/>	aspettativa senza assegni legge 53/00
<input type="checkbox"/>	aspettativa legge 1204/71, art.7, comma 1;
<input type="checkbox"/>	permesso retribuito legge 1204/71, art.7, comma 1 (max 30 gg.)
<input type="checkbox"/>	permesso retribuito legge 1204/71, art.7, comma 2 ( malattia figlio).

SI ALLEGA la seguente documentazione probatoria:  
.....  
.....  
.....

<b>A*SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO PERSONALE: vista la presente richiesta, l'autorizzazione del Dirigente competente e la documentazione probatoria allegata alla presente SI AUTORIZZA</b>	
- Il dipendente ha diritto a gg	{ di permesso retribuito;
- a gg.	{ di aspettativa;
- trattamento economico gg	{ al { .%
	gg. { al { %
Data, _____	IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO _____