

Modulo di COMUNICAZIONE RICHIESTA
“PERMESSO SINDACALE”
da inviare al Coordinatore / Dirigente
responsabile della struttura di appartenenza
entro 3 gg. lavorativi dall’inizio della fruizione
(a tale fine sono sempre considerati NON lavorativi:
sabato, domenica e festivi)

Con la presente si comunica la richiesta di PERMESSO SINDACALE, a favore di:

Dr./ssa – Sig./ra - _____,

*** PER TUTTA LA GIORNATA DEL** _____

*** PER IL GIORNO** _____ **ovvero**
, dalle ore _____ **alle ore** _____

in qualità di: *(barrare le caselle di riferimento)*

**Rappresentante della
Organizzazione Sindacale:**

Comparto

Dirigenza Medica e Veterinaria

Dirig. San.-Prof.-Tec.-Amm.va

→ *Indicare la tipologia di **permesso sindacale da utilizzare**, tra quelle sotto indicate:*

Permesso retribuito a carico del MONTE ORE Aziendale → *(per le sigle rappresentative)*

**Permesso retribuito a carico del monte ore nazionale per riunioni di
ORGANISMI STATUTARI**

Permesso NON retribuito

Firma del RESPONSABILE Sindacale

ovvero **in qualità di:**

Componente della RSU AZIENDALE

→ *(permesso a carico del **MONTE ORE Aziendale spettante alla RSU**)*

Firma del COMPONENTE RSU Az.le

Parte a cura del responsabile che in base all’organizzazione interna della struttura di riferimento è abilitato ad autorizzare le assenze del personale:

Visto: la fruizione del permesso sindacale:

è compatibile con la funzionalità della struttura di riferimento:

NON è compatibile con la funzionalità della struttura di riferimento:

(motivo): _____

Firma: _____

Dopo il visto inviare al Fax n° 0532 / 235572 del Dipartimento Amministrativo Unico - Ferrara prima dell’inizio della fruizione del permesso sindacale