

## MOTIVI PERSONALI



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO CENTRALE  
DISTRETTO DI FERRARA

SERVIZIO \_\_\_\_\_  
SERVIZIO \_\_\_\_\_

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)

### CHIEDE

di assentarsi dal servizio per MOTIVI PERSONALI come sotto indicato:

.....  
..... ( v. allegato)

dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

IL DIPENDENTE

.....

Data: .....

Vista la richiesta,

- si autorizza l'assenza  
 non si autorizza l'assenza per il seguente motivo:

.....

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### A\*SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO PERSONALE

VISTA la presente richiesta, RICHIAMATO:

- l'art.21 comma 2 del CCNL del 02.09.95 e l'art.41 comma 1 del CCNL dell'08.04.99 – Area Comparto;  
 l'art.21 comma 2 del CCNL del 05.12.96 Area Medica  
 l'art.22 comma 1 del CCNL del 05.12.96 Area Dirigenza non Medica

PRESO ATTO dell'autorizzazione all'assenza espressa dal Dirigente competente

ACQUISITA la documentazione probatoria allegata alla presente

VISTA la Direttiva per la disciplina delle assenze di questa Azienda USL Prot..n.251 del 03.01.96;

- SI AUTORIZZA l'assenza  
 NON SI AUTORIZZA l'assenza per il seguente motivo: .....

.....

Data, \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE DI DISTRETTO /IL RESPONSABILE SERVIZIO PERSONALE PER DELEGA

\_\_\_\_\_