



**Modulo da inviare scannerizzato con allegata l'attestazione entro 5 giorni dall'assenza  
all'indirizzo e-mail: [ispropresenze.risorseumane@uslcentro.toscana.it](mailto:ispropresenze.risorseumane@uslcentro.toscana.it)**

Nel rispetto delle disposizioni previste dai CC.NN.LL. di ciascuna delle Aree Contrattuali del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale, la domanda di fruizione dei permessi è presentata dal dipendente, al proprio Responsabile, nel rispetto di un termine di preavviso di almeno tre giorni. Nei casi di particolare e comprovata urgenza o necessità, la domanda può essere presentata anche nelle 24 ore precedenti la fruizione e, comunque, non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno in cui il lavoratore intende fruire del periodo di permesso giornaliero od orario.

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

QUALIFICA \_\_\_\_\_ in organico alla STRUTTURA \_\_\_\_\_

MATRICOLA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

RAPPORTO DI LAVORO:  TEMPO INDETERMINATO  TEMPO DETERMINATO  PART TIME

ASSENZA A GIORNO dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

ASSENZA AD ORE data \_\_\_\_\_ DALLE \_\_\_\_\_ ALLE \_\_\_\_\_

**PER**

- PERMESSO PER MOTIVI PERSONALI E/O FAMILIARI
- CONGEDO MATRIMONIALE
- CONCORSI
- ESAMI
- LUTTO (coniuge, parenti entro il 2° grado, affini entro il 1° o per il convivente ai sensi dell'art. 1 c. 36 e c. 50 L. 76/2016)
- DONAZIONE SANGUE/MIDOLLO
- CONVOCAZIONE TESTIMONIANZA
- AUTORITÀ GIUDIZIARIA per fatti d'ufficio
- PERMESSO NON RETRIBUITO

Data di presentazione \_\_\_\_\_

Il Dipendente \_\_\_\_\_

Vista la richiesta si esprime:

- PARERE FAVOREVOLE e compatibile con le esigenze di servizio
- PARERE NEGATIVO per \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del responsabile \_\_\_\_\_

**Quadro DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI – Rilasciata ai sensi del D.P.R.**

**445 del 28.12.2000**

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a .....

il ..... matricola ..... i cui dati anagrafici personali sono riportati nel sistema giuridico aziendale, sotto la propria personale responsabilità ed a piena conoscenza delle sanzioni previste dagli artt. 483 – 489 – 495 – 496 del Codice Penale per le dichiarazioni ad atti falsi e mendaci, dichiara che le notizie fornite nella presente istanza rispondono a verità, DICHIARA quanto segue: \_\_\_\_\_

.....  
(luogo e data)

Il Dichiarante .....  
(firma per esteso e leggibile)