



ISPRO

Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica

RICHIESTA DI PERMESSO RETRIBUITO



ASSENZE PER VISITE, TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE, ESAMI DIAGNOSTICI (massimo 18 ore annuali)

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

Nel rispetto delle disposizioni previste dai CC.NN.I.LL. di ciascuna delle Aree Contrattuali del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale, la domanda di fruizione deve essere 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

- VISITA
- TERAPIA
- PRESTAZIONE SPECIALISTICA
- ESAME DIAGNOSTICO
- ALTRO specificare _____

Allegare:

Documento di attestazione di presenza, anche in ordine all'orario, redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura, anche privata, ove è stata svolta la visita o la prestazione

Data di presentazione _____

Il Dipendente _____

Timbro e firma del Responsabile

Data _____