



# 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](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 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_