

 <p><b>SERVIZIO SANTARIO REGIONALE</b></p> <p>Regione Calabria Dipartimento Sanità della Salute e Pubblica Sanità</p> <p><b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</b></p>	<h1>PERMESSI</h1>	<p><b>Modello M</b></p> <hr/> <p>Pag. 1/3</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	-----------------------------------------------

**ALLA SEGRETERIA DELL'ARTICOLAZIONE AZIENDALE**

Presidio Ospedaliero/Dipartimento Territoriale \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_

in forza all'Unità Operativa di \_\_\_\_\_

con rapporto di lavoro:       a tempo pieno       part-time \_\_\_\_\_ %

**CHIEDE DI POTERSI ASSENTARE**

DAL	AL	NUMERO GIORNI	NUMERO ORE (In caso di permessi fruibili in ore)

**PER IL SEGUENTE PERMESSO:**

- PER PARTECIPAZIONE A COMMISSIONE DI CONCORSO/COLLEGIO TECNICO DI ALTRO ENTE QUALE COMPONENTE NON RETRIBUITO
- PER EFFETTUAZIONE DI MANSIONI DI ADDETTO ALLA VIGILANZA RETRIBUITO
- PER PARTECIPAZIONE A CONCORSI/ESAMI IN QUALITÀ DI CONCORRENTE/ESAMINANDO RETRIBUITO (MAX 8GG L'ANNO)
- PER AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE FACOLTATIVO CONNESSO ALL'ATTIVITÀ DI SERVIZIO RETRIBUITO
- PER ASSISTENZA FAMILIARI PORTATORI DI HANDICAP GRAVI MENSILE/GIORNALIERO (L. 104/92)
- PER LA PROPRIA PERSONA CON HANDICAPS IN STATO DI GRAVITÀ MENSILE/GIORNALIERO (L.104/1992)
- PER LAVORATORI PORTATORI DI HANDICAPS PER PROGETTO TERAPEUTICO RETRIBUITO
- PER CARICHE PUBBLICHE RETRIBUITO
- PER CARICHE PUBBLICHE NON RETRIBUITO
- PER ESAMI PRENATALI RETRIBUITO
- PER ESPLETAMENTO OPERAZIONI ELETTORALI RETRIBUITO
- PER PARTECIPAZIONE A RIUNIONE DI ORGANISMI INTERNI: COMITATO PARI OPPORTUNITÀ, MOBING, NUCLEO DI VALUTAZIONE, COLLEGIO TECNICO DELL'AZIENDA RETRIBUITO
- PER EVENTI E CAUSE PARTICOLARI RETRIBUITO
- PER LUTTO RETRIBUITO CONIUGE CONVIVENTE, PARENTI ENTRO IL SECONDO GRADO ED AFFINI ENTRO IL PRIMO (3GG CONSECUTIVI PER EVENTO)
- PER MATRIMONIO RETRIBUITO (15GG CONSECUTIVI)

 <p>SERVIZIO SANTARIO REGIONALE</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p> <p>REGIONE CALABRIA</p> <p>Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie</p> <p><b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</b></p>	<h1>PERMESSI</h1>	<p><b>Modello M</b></p> <hr/> <p>Pag. 2/3</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	-----------------------------------------------

- PER MOTIVI PERSONALI O FAMILIARI RETRIBUITO (AD ESEMPIO:: NASCITA FIGLI, ESPLETAMENTO FUNZIONI GIUDICE POPOLARE/ONORARIO TESTIMONIANZA, GRAVI CALAMITA' NATURALI CHE RENDANO OGGETTIVAMENTE IMPOSSIBILE IL RAGGIUNGIMENTO DELLA SEDE DI LAVORO)
- PER MOTIVI SINDACALI NON RETRIBUITO
- PER MOTIVI SINDACALI PER ESPLETAMENTO DEL MANDATO RETRIBUITO
- PER MOTIVI SINDACALI: PARTECIPAZIONE A RIUNIONI DI ORGANISMI DERETTIVI STATUTARI RETRIBUITO
- PER MOTIVI DI STUDIO (FREQUENTARE LEZIONI E/O SOSTENERE ESAMI, ETC.) IN ESITO A CONCESSIONE DEL BENEFICO DELLE "150 ORE" PER STUDIO RETRIBUITO
- PER ATTIVITÀ DI PROTEZIONE CIVILE RETRIBUITO
- PER PERSONALE CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO NON RETRIBUITO
- PER DONAZIONE DI SANGUE/MIDOLLO OSSEO RETRIBUITO
- PER VISITA INAIL RETRIBUITO
- PER CURE MEDICHE CONNESSE ALLO STATO DI INVALIDITÀ DELLA DURATA MASSIMA DI 30 GG. L'ANNO
- PER RIPOSO COMPENSATIVO
- ALTRO \_\_\_\_\_

A norma dell'art. 71 del DPR 445/2000, nonché dell'art. 15 della L. 183/2011, l'Amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute che, oltre alla decadenza dell'interessato dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazione non veritiera, sono applicabili le sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

*Il/La sottoscritto/a, dichiara di essere a conoscenza dell'informativa per il trattamento di dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003, e di essere consapevole che i dati sopra riportati sono presenza dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.*

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE: VISTO SI AUTORIZZA \_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE: VESTO NON SI AUTORIZZA PER. LE SEGUENTI MOTIVAZIONI:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DOCUMENTAZIONE / DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DA ALLEGARE UTILE AI FINI DELLA CONCESSIONE DEL PERMESSO (BARRARE LA LETTERA DI INTERESSE)**

- A. AUTORIZZAZIONE ALLO SVOLGIMENTO DELL'INCARICO COMPONESTE COMMISSIONE DI CONCORSO COLLEGIO TECNICO DI ALTRO ENTE
- B. COPIA DELLA LETTERA DI CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI ADDETTO ALLA VIGILANZA

 <p><b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</b></p>	<h1>PERMESSI</h1>	<p><b>Modello M</b></p> <hr/> <p>Pag. 3/3</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	-----------------------------------------------

- C. ATTESTAZIONI DA PARTE DELLA STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA O PRIVATA CONVENZIONATA DELLA CONDIZIONE DI PORTATORE DI HANDICAP PER PROGETTO TERAPEUTICO
- D. COPIA DELL'AUTORIZZAZIONE A PRODURRE DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI GIUDICE POPOLARE/ONORARIO
- E. COPIA DELLA LETTERA DI NOMINA PRESIDENTE, SEGRETARIO, SCRUTATORE. RAPPRESENTANTE DI LISTA, ETC.
- F. COPIA DELLA LETTERA DI CONVOCAZIONE A RIUNIONE DI ORGANISMI INTERNI: COMITATO PARI OPPORTUNITÀ, MOBBING, NUCLEO DI VALUTAZIONE, COLLEGIO TECNICO DELL'AZIENDA - RETRIBUITO
- G. CERTIFICAZIONE ATTESTAZIONI, ETC. PER EVENTI E CAUSE PARTICOLARI - RETRIBUITO
- H. AUTOCERTIFICAZIONE DEI GRAVI MOTIVI FAMILIARI
- I. AUTOCERTIFICAZIONE PER MOTIVI PERSONALI O FAMILIARI O NASCITA FIGLI - RETRIBUITO
- J. GRAVI CALAMITÀ NATURALI CHE RENDONO OGGETTIVAMENTE IMPOSSIBILE IL RAGGIUNGIMENTO SEDE DI LAVORO
- K. PER CERTIFICATO DI MORTE/ AUTOCERTIFICAZIONE DEL DECESSO DEL FAMILIARE
- L. RICHIESTA DI PERMESSO NON RETRIBUITO PER MOTIVI SINDACATI A FIRMA DELLA O. S. DI APPARTENENZA
- M. RICHESTA DI PERMESSO RETRIBUITO PER MOTIVI SINDACALI PER ESPLETAMENTO DEL MANDATO A FIRMA DELLA O. S. DI APPARTENENZA
- N. RICHESTA DI PERMESSO RETRIBUITO PER MOTIVI SINDACALI PER PARTECIPAZIONE A RIUNIONE DEGLI ORGANISMI DIRETTIVI STATUTARI A FIRMA DELLA O.S. DI APPARTENENZA
- O. AUTCCERTIFICAZIONI DI FREQUENZA LEZIONI, PREPARAZIONE ESAMI, ETC. IN ESITO A CONCESSIONE DEL BENEFICIO DELLE "150 ORE" PER STUDIO
- P. COPIA DELLA LETTERA DI RICHIAMO IN SERVIZIO DI PROTEZIONE CIVILE/CNSAS/CAI
- Q. COPIA DELLA LETTERA DI INVITO A VISITA INAIL
- R. ALTRO \_\_\_\_\_