

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

Via del Terminillo, 42 - 02100 RIETI - Tel. 07462781 - PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577

UOC: Amministrazione del Personale Dipendente, a Convenzione e Collaborazioni

Al Direttore UOC

AI COORDINATORE

ASPETTATIVA ART. 12 CCNL integrativo 7\04\1999 (non retribuita)

Il/la sottoscritto/a
matricola n....., in servizio presso..... con la
qualifica dicon rapporto di lavoro a tempo indeterminato e
prestazione lavorativa full time \ part time chiede di poter fruire di un periodo di aspettativa non
retribuita:

dal.....al.....

dal.....al.....

dalal.....

dalal.....

per il seguente motivo.....
.....
.....
.....

***In caso di proroga o di nuova richiesta dopo periodo di interruzione il dipendente dovrà produrre autocertificazione attestante il permanere delle condizioni che hanno reso possibile la concessione dell'aspettativa.*

Data

Visto SI AUTORIZZA \ NON SI AUTORIZZA (cancellare la voce che non interessa)

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

IL DIPENDENTE

Firma leggibile e timbro del servizio

.....

.....

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

Via del Terminillo, 42 -02100 RIETI – Tel. 07462781 – PEC: asl.rieti@pec.it

C.F. e P.I. 00821180577

UOC: Amministrazione del Personale Dipendente, a Convenzione e Collaborazioni

Al Direttore UOC

AI COORDINATORE

**CONGEDI PER FIGLI \ CONIUGE \ PERSONA CONVIVENTE CON
HANDICAP GRAVE ART. 42 D.L. 151\2001**

Il/la sottoscritto/a matricola n....., in servizio..... con la
qualifica dicon rapporto di lavoro a indeterminato e prestazione
lavorativa full time \ part timenato il

chiede di poter fruire di un periodo di congedo per :

figlio\ coniuge \ persona conviventecon handicap grave
dalal.....

****In caso di proroga o di nuova richiesta dopo periodo di interruzione il dipendente dovrà produrre autocertificazione attestante il permanere delle condizioni che hanno reso possibile la concessione del congedo.*

Data

PER PRESA VISIONE

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

IL DIPENDENTE

Firma leggibile e timbro del servizio

.....

.....

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

**Via del Terminillo, 42 -02100 RIETI – Tel. 07462781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577**

UOC: Amministrazione del Personale Dipendente, a Convenzione e Collaborazioni

**AL DIRETTORE UOC
AMMINISTRAZIONE DEL
PERSONALE DIPENDENTE
A CONVENZIONE E
COLLABORAZIONI**

Il\la sottoscritto\ta matricola n....., in servizio.....
con la qualifica dicon rapporto di lavoro a indeterminato e
prestazione lavorativa ful time \ part timenato il
che ha chiesto di poter fruire con nota del.....di
.....
.....

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle
leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000 dichiara il
permanere delle condizioni che hanno reso possibile la concessione del congedo \ aspettativa .

Data

Il Dipendente (firma leggibile)