

IL / LA SOTTOSCRITTO / A _____ QUALIFICA _____

OBBLIGATORIA
DATA ____ / ____ / ____

(BARRARE LA CASELLA - OBBLIGATORIO) CHIEDE / COMUNICA

(QUADRO DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE PER TUTTE LE TIPOLOGIE DI ASSENZA - FERIE ESCLUSE)		
<input type="checkbox"/> PB PERMESSO BREVE A RECUPERO <input type="checkbox"/> PR cod. 019 PERMESSO RETRIBUITO PER PARTICOLARI MOTIVI PERSONALI O FAMILIARI (3GG./18 ORE ANNO SOLARE) - DOCUMENTATO <input type="checkbox"/> PT cod. 012 PERMESSO RETRIBUITO L.104/92 - DOCUMENT. <input type="checkbox"/> PE cod. 015 PERMESSO PER ESAMI/CONCORSI (8 GG. X ANNO SOLARE) - DOCUMENTATO <input type="checkbox"/> PN PERMESSO NON RETRIBUITO (SOLO PER IL PERSONALE A TEMPO DETERMINATO) <input type="checkbox"/> PD cod. 070 PERMESSO DONAZIONE SANGUE - DOCUMENT. <input type="checkbox"/> PM PERMESSO DONAZIONE MIDOLLO - DOCUMENT.	<input type="checkbox"/> AS cod. 022 PERMESSO RETRIBUITO PER ASSEMBLEA SINDACALE (12 ORE X ANNO SOLARE) <input type="checkbox"/> PS PERMESSO SINDACALE R.S.U. <input type="checkbox"/> PS1 PERMESSO SINDACALE OO.SS. <input type="checkbox"/> PS2 PERMESSO SINDACALE ORGANISMI DIRETTIVI STATUTARI <input type="checkbox"/> PS3 PERMESSO SINDACALE NON RETRIBUITO <input type="checkbox"/> PMF cod. 020 PERMESSO RETRIBUITO MALATTIA FIGLIO <3 ANNI (DOCUMENTATO) <input type="checkbox"/> PMF cod. 039 PERMESSO MALATTIA FIGLIO >3 ANNI (5GG. X ANNO SOLARE NON RETRIBUITI - DOCUMENTATO) <input type="checkbox"/> EL PERMESSO CONSIGLIERI/AMMINISTRATORI (DOCUMENTATO)	<input type="checkbox"/> ST cod. 046 PERMESSO STUDIO (150 ORE) (SOLO PER IL PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO) <input type="checkbox"/> CM cod. 016 PERMESSO PER LUTTO - DOCUMENTATO <input type="checkbox"/> CT cod. 018 PERMESSO PER MATRIMONIO (15 GG. DI CALENDARIO) - DOCUMENTATO <input type="checkbox"/> PN cod. 017 PERMESSO NASCITA FIGLIO (3GG. PER EVENTO)
CAMBIO ORARIO <input type="checkbox"/> CAMBIO TURNO IL GIORNO ____ / ____ / ____ DALLE ORE _____ ALLE ORE _____ CON IL GIORNO ____ / ____ / ____ DALLE ORE _____ ALLE ORE _____ CON LA DIPENDENTE _____ FIRME: _____ _____ _____ _____		
NOTE _____ _____ _____ _____		
IL GIORNO ____ / ____ / ____ DALLE ORE _____ ALLE ORE _____ (ovvero) DAL GIORNO ____ / ____ / ____ AL GIORNO ____ / ____ / ____		

FIRMA DEL DIPENDENTE

SI AUTORIZZA: IL COORDINATORE

SI AUTORIZZA: LA R.R.U.

(OBBLIGATORIA)

(OBBLIGATORIA)