PERMESSI PER L'ESPLETAMENTO DI VISITE, TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE OD ESAMI DIAGNOSTICI (art. 35 CCNL 2018, commi da 1 a 10)

AL SIG. DIRIGENTE AMMINISTRATIVO
S E D E

Il/La sottoscritto/a _____, in servizio presso questo Ufficio in qualità di _____,

chiede la concessione di

- **giorni** ____ di permesso per visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici dal _____al_____.

(Si riserva di allegare attestazione di presenza redatta dal medico o da personale della struttura)

- **ore** ____ di permesso per visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici dalle ore _____alle ore_____ del giorno_____

(Si riserva di allegare attestazione di presenza, anche in ordine all'orario, redatta dal medico o da personale della struttura)

Sassari, _____

Firma _____

V°, Il Responsabile _____

Il Dirigente amministrativo,

letta la richiesta di permesso;

vista l'attestazione prodotta dal lavoratore che conferma i giorni/ore richieste,

CONCEDE

☐ i sopraindicati giorni _____di permesso.

(Il trattamento economico accessorio è sottoposto alla medesima decurtazione prevista dalla vigente legislazione per i primi dieci giorni di assenza per malattia)

☐ le _____ ore di permesso.

Manda alla Segreteria per le comunicazioni alla Ragioneria Territoriale dello Stato Sassari, competente ad operare le trattenute (se dovute).

Sassari, _____ IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO