



Regione Siciliana
Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale e di alta specializzazione
"GARIBALDI"

Mod. A/Comp.

P.O. GARIBALDI

Il sottoscritto qualifica:

U.O.: chiede, ai sensi delle vigenti disposizioni, di poter usufruire di:*

* Trascrivere nel riquadro la sigla che interessa tra quelle riportate nella legenda (Parte A - intero giorno lavorativo)

	di gg	da		a		in conto anno
--	-------	----	--	---	--	---------------

* Trascrivere nel riquadro la sigla che interessa tra quelle riportate nella legenda (Parte B - parte del giorno lavorativo)

	di giorno:		dalle ore		alle ore	
--	------------	--	-----------	--	----------	--

* Si riferisce alla Parte C - Riposi compensativi

RC	di gg	da		a	
-----------	-------	----	--	---	--

Per plus orario relativo ai giorni:

In caso di accoglimento della presente richiesta, il sottoscritto informa che, durante il predetto periodo sarà

reperibile al seguente indirizzo: Via n.

Città: tel.:

Altre informazioni utili: Allegati

Catania **IL RICHIEDENTE**

Riservato alla U.O. di appartenenza

Si esprime parere FAVOREVOLE SFAVOREVOLE DATA:

motivazione: (Capo Uff., Capo Sala, ecc...)

Si autorizza Non si autorizza DATA:

motivazione: **IL Responsabile dell'U.O.**

Riservato all'Ufficio Personale di Presidio

Verificata la regolarità dell'istanza e registrato sulla scheda annuale

DATA: **L'IMPIEGATO ADDETTO**

DATA: **Visto**
IL DIRETTORE SANITARIO / AMMINISTRATIVO

Tipologia Assenza

CO = Congedo Ordinario	S = Motivi di studio / Agg. Prof.le
PR = Permesso Retribuito	I = Interdizione
PNR = Permesso Non Retribuito	GM = Gravi Motivi
AF = Astensione facoltativa	PB = Permesso Breve
AO = Astensione Obbligatoria	RC = Riposo Compensativo

FS = **Festività sopresse**