

SANITASERVICE ASL BA SRL



Soggetta al controllo analogo del socio unico ASL BA

Sede legale: Lungomare Starita, 6 – 70123 Bari
Sede Operativa: via Verdi 36-38 – 70123 Bari - tel. 080 3217901 – fax 080 3217916
Capitale Sociale Euro 100.000,00 interamente versato

CF - P. IVA 07077140726

[E-mail: sanitaservice@asl.bari.it](mailto:sanitaservice@asl.bari.it)

[Web site: www.sanitaserviceaslba.it](http://www.sanitaserviceaslba.it)

All'Amministratore Unico Sanitaservice ASL BA

OGGETTO: RICHIESTA DI PERMESSO DA PARTE DEL DIPENDENTE

Io sottoscritto/a dipendente di codesta

spett. Società, presso la sede di, reparto

.....struttura di appartenenza.....(distretto/ospedale),

in qualità di(ausiliario, commesso,...), recap.telef.

CHIEDE

N° ____ giorni/ore di permesso dal ____/____/____ al ____/____/____ (= ____ □gg □ore),
dal ____/____/____ al ____/____/____ (= ____ □gg □ore),
dal ____/____/____ al ____/____/____ (= ____ □gg □ore),
dal ____/____/____ al ____/____/____ (= ____ □gg □ore),

per il seguente motivo:

- Documentata grave infermità risultante da stato di famiglia entro 2° grado e parenti e affini (3gg/anno);
- Gravi e documentate ragioni personali del dipendente, compreso le convocazioni in tribunale (massimo 5gg/anno);
- Lutto (per decesso del coniuge o del convivente se risultante da stato di famiglia, genitori, figli, fratelli e parenti ed affini fino al 2° grado – 5 giorni);
- Aggiornamento obbligatorio (specificare)
- Matrimonio (15 gg consecutivi);
- Donazione sangue (per evento);
- Legge 104/92 art.33 (3gg convertibili in ore, previa autorizzazione INPS);
- Permesso studio (**retribuito** esclusivamente per il conseguimento del titolo della scuola dell'obbligo - 150h/anno);
- Prove di esame relative a corsi di studio in scuole secondarie e corsi universitari (**non retribuito** e solo per i giorni necessari a sostenere le prove stesse);
- Congedo parentale per malattia del bambino di età inferiore ai 3 anni (**non retribuito** - senza limiti);
- Congedo parentale per malattia del bambino di età compresa tra 3 e gli 8 anni (**non retribuito** - 5gg/anno);

inoltre con la presente **si riserva di presentare, al rientro in servizio, la relativa documentazione.**

....., li ____/____/____ (luogo e data)

Il sottoscritto lavoratore richiedente

Il referente aziendale di area
Sanitaservice ASL BA autorizza

L'Amministratore Unico a convalida