



|                       |  |                          |                         |
|-----------------------|--|--------------------------|-------------------------|
| Matricola             | <input type="text"/>   | Roma,                    | <input type="text"/>    |
| Il/la sottoscritt ... | <input type="text"/>   |                          |                         |
| in servizio presso    | <b>DAI CARDIO TORACO-VASCOLARE, CHIRURGIA E TRAPIANTI D'ORGANO</b> |                          |                         |
| con la qualifica di   | <input type="text"/>   | <input type="checkbox"/> | Personale aziendale     |
|                       |  | <input type="checkbox"/> | Personale universitario |
| recapito              | <input type="text"/>   | Tel.                     | <input type="text"/>    |
|                       |  | A.S.L.                   | <input type="text"/>    |

comunica, ovvero chiede l'autorizzazione a fruire di:

|                          |  |                      |   | (CAUSALE)      |
|--------------------------|--|----------------------|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Congedo ordinario anno   | <input type="text"/> | gg. <input type="text"/> dal <input type="text"/> al <input type="text"/>           | <b>C01</b>     |
| <input type="checkbox"/> | Festività soppresse (L. 23.12.77 n. 937)   |                      | gg. <input type="text"/> dal <input type="text"/> al <input type="text"/>           | <b>FSS</b>     |
| <input type="checkbox"/> | Assenza per malattia   |                      | gg. <input type="text"/> dal <input type="text"/> al <input type="text"/>           | <b>(")</b>     |
| <input type="checkbox"/> | ** Concorsi/esami/aggiornamento (max 8 gg.)  |                      | gg. <input type="text"/> dal <input type="text"/> al <input type="text"/>           | <b>CES</b>     |
| <input type="checkbox"/> | ** Lutto (max 3 gg. per evento, i successivi 7 gg.)                                      |                      | gg. <input type="text"/> dal <input type="text"/> al <input type="text"/>           | <b>PLT</b>     |
| <input type="checkbox"/> | ** Motivi personali o familiari (3 gg/anno) (Regolamento n. 58 del 20.07.2016)           |                      | gg. <input type="text"/> dal <input type="text"/> al <input type="text"/>           | <b>PRE</b>     |
|                          | In alternativa (solo comparto: max 18 h/anno)  |                      | ad ore dalle h. <input type="text"/> alle h. <input type="text"/>                   | <b>POR</b>     |
| <input type="checkbox"/> | ** Permesso per grave infermità coniuge o parente (max 3 gg.) L. 53/2000                 |                      | gg. <input type="text"/> dal <input type="text"/> al <input type="text"/>           | <b>PGM</b>     |
| <input type="checkbox"/> | Permesso studio 150 ore (allegare attestato di partecipazione)                           |                      | gg. <input type="text"/> ore il <input type="text"/>                                | <b>150</b>     |
| <input type="checkbox"/> | Permesso per se stesso portatore handicap (Legge n. 104/92, art. 33)                     |                      | gg. <input type="text"/> dal <input type="text"/> al <input type="text"/>           | <b>L4S</b>     |
|                          |  |                      | ad ore dalle h. <input type="text"/> alle h. <input type="text"/>                   | <b>L4S</b>     |
| <input type="checkbox"/> | * Permesso familiare portatore handicap (L. 104/92 art. 33, Circ. D.F.P.n. 13/201)       |                      | gg. <input type="text"/> dal <input type="text"/> al <input type="text"/>           | <b>L4F</b>     |
|                          | (nome/grado del familiare) <input type="text"/>  |                      |   |                |
| <input type="checkbox"/> | ** Matrimonio (max 15 gg., entro 30 gg dall'evento)                                      |                      | gg. <input type="text"/> dal <input type="text"/> al <input type="text"/>           | <b>PMA</b>     |
| <input type="checkbox"/> | ** Interdizione dal lavoro (D.lg. 151/01, art. 17, c. 2a)                                |                      | gg. <input type="text"/> dal <input type="text"/> al <input type="text"/>           | <b>ISP</b>     |
| <input type="checkbox"/> | ** Astensione dal lavoro - Dlgs. 151/2001 (data presunta del parto) <input type="text"/> |                      | gg. <input type="text"/> dal <input type="text"/> al <input type="text"/>           | <b>CMA</b>     |
| <input type="checkbox"/> | ** Congedo parentale per <input type="text"/> nato/a il <input type="text"/>             |                      | gg. <input type="text"/> dal <input type="text"/> al <input type="text"/>           | <b>CPA</b>     |
| <input type="checkbox"/> | ** Congedo malattia figlio/a per <input type="text"/> nato/a il <input type="text"/>     |                      | gg. <input type="text"/> dal <input type="text"/> al <input type="text"/>           | <b>MF0-MF1</b> |
| <input type="checkbox"/> | Permesso per volontariato  |                      | gg. <input type="text"/> dal <input type="text"/> al <input type="text"/>           | <b>VOL</b>     |
| <input type="checkbox"/> | Permesso sindacale ( <u>esclusa assemblea sindacale</u> )                                |                      | gg. <input type="text"/> dalle h. <input type="text"/> alle h. <input type="text"/> | <b>PSN</b>     |
| <input type="checkbox"/> | ** Donatori di sangue (Legge n. 584/67, art. 1)  |                      | gg. <input type="text"/> dal <input type="text"/> al <input type="text"/>           | <b>PRN</b>     |
| <input type="checkbox"/> | Permesso breve da recuperare (entro il mese successivo, max 36 h annue)                  |                      | h. <input type="text"/> dalle h. <input type="text"/> alle h. <input type="text"/>  | <b>RRI</b>     |
|                          |  |                      | del giorno <input type="text"/>   |                |
| <input type="checkbox"/> | Aggiornamento professionale Dirigenza ( <u>allegare attestato partecipazione</u> )       |                      | gg. <input type="text"/> dal <input type="text"/> al <input type="text"/>           | <b>AGP</b>     |
| <input type="checkbox"/> | Varie <input type="text"/>   |                      | gg. <input type="text"/> dal <input type="text"/> al <input type="text"/>           |                |

\* Si dichiara, sotto la propria responsabilità, che la persona non è ricoverata a tempo pieno

\*\* Allegare certificazione

(") **ASSENZA PER MALATTIA: MAL** (malattia) - **MCS** (mal. causa di servizio) - **M11** (grave patologia comparto) - **M9D** (grave patologia dirigenza) - **MRI** (mal. invalidità riconosciuta) - **CIN** (cure invalidità riconosciuta) - **MRC** (mal. ricovero e convalescenza) - **HDH** (day hospital e day surgery)

IL RICHIEDENTE

IL RESPONSABILE  
(UOC/STRUTTURA/SERVIZIO)

IL DIRETTORE  
Prof. Federico VENUTA