



Richiesta Permesso per malattia figlio

Al Servizio Personale
Azienda U.L.S.S. N° 7
PIEVE DI SOLIGO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ in servizio presso la Divisione/Servizio _____
del Presidio Ospedaliero/Dipartimento/Distretto/Sede di _____
in qualità di _____;

CHIEDE

Di assentarsi per la malattia del figlio: _____ nato il _____

retribuita al 100% dal _____ al _____;

non retribuita dal _____ al _____;

Allega: Certificato medico, completo di diagnosi e prognosi, rilasciato da un medico specialista del SSN o con esso convenzionato.

data _____

(firma dell'interessato/a)

VISTO: IL RESPONSABILE U.O./SERVIZIO

VISTO: IL DIRETTORE DI STRUTTURA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art.47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali che la legge commina per la dichiarazione mendace e per l'esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità (art. 76 D.P.R. 445/2000), sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

che il **padre/la madre** del figlio sopraindicato:

è dipendente presso _____

è lavoratore autonomo

e che non è in astensione dal lavoro nei giorni sopraindicati per il medesimo motivo.

IL DICHIARANTE

Allega copia documento di riconoscimento in corso di validità

IL SERVIZIO PERSONALE

Vista la domanda;

Visto il D.Lgs 151/2001 capo V;

Visto l'art 17 del ccnl di lavoro integrativo del ccnl del personale del comparto sanità stipulato il 7/4/1999;

Visto l'art 15 del ccnl integrativo del ccnl dell'8/6/2000 dell'area della dirigenza Medica - Veterinaria;

Visto l'art. 15 del ccnl integrativo del ccnl area della dirigenza ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo del ssn stipulato l'8/6/2000;

PRENDE ATTO

di quanto richiesto

Il Responsabile Sezione Gestionale

Documento approvato da:

Responsabile del Servizio Personale

Versione 1 del 10/2010 Codice aziendale: R013_01_GE27 Pagine 1/1