Al Direttore/Responsabile

..........................................

Al Responsabile del Servizio infermieristico

..........................................

**UNICA email di spedizione: rilevazionipresenzeasst@asst-santipaolocarlo.it**

**Richiesta di fruizione dei permessi aggiuntivi della L. 104/1992 ai sensi del D.L. 17/03/2020, n. 18**

Il/la sottoscritto/a ......................................................................matricola n. ..........................................

qualifica ..........................................in servizio presso ...........................................................................

....................................................................................della seguente sede aziendale .............................

....................................................................................già beneficiario/a dei permessi di cui all’art. 33, comma 3 della Legge n. 104/1992

**CHIEDE**

Di assentarsi dal servizio dal ..........................................al ..........................................

Di assentarsi dal servizio dal ..........................................al ..........................................

Di assentarsi dal servizio dal ..........................................al ..........................................

Per un totale di giorni ..........................................

* Ai sensi dell’art. 24 del D.L. 18/03/2020, n. 18 (concessione di ulteriori 12 giornate complessive tra marzo e aprile 2020 dei permessi retribuiti ex art. 33, Legge 05/02/1992, n. 104 fruibili anche in maniera non continuativa)

 Il/La Richiedente

………………………….

Da compilare a cura del Direttore Responsabile solo **per il personale sanitario e tecnico sanitario (medici, infermieri, tecnici di laboratorio biomedico, tecnici di radiologia medica, operatori socio sanitari).**

Il sottoscritto....................................................................in qualità di Direttore/Responsabile della ...................................................................................., valutate le esigenze dell’Unità operativa

* Autorizza la fruizione dei permessi aggiuntivi
* Non autorizza la fruizione dei permessi aggiuntivi (precisare la motivazione in dettaglio ……………………………………………………………………………………………………)

Il Direttore/Responsabile

………………………….

Pubblicato in: **Qualità/ASST SANTI PAOLO E CARLO/RISORSE UMANE/MODULI RISORSE UMANE**

**Sito aziendale/RISORSE UMANE/MODULISTICA**