



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**  
**EMILIA-ROMAGNA**  
 Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

**M 923F/3A**

**Dipartimento Amministrativo e Tecnico**  
 Unità Operativa Risorse Umane

**Oggetto: richiesta di permesso – personale dipendente a tempo indeterminato**

**DATI RELATIVI AL LAVORATORE RICHIEDENTE IL PERMESSO, DIPENDENTE CON RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_  
 IN SERVIZIO PRESSO \_\_\_\_\_  
 NEL PROFILO DI \_\_\_\_\_

Si chiede di usufruire delle seguenti giornate di permesso dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 ovvero  
 di fruire delle seguenti ore di permesso \_\_\_\_\_ nella giornata del \_\_\_\_\_ ,

per le motivazioni sotto indicate e per le quali, consapevole delle responsabilità civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false dirette a procurare indebitamente le prestazioni richieste, effettuo le seguenti dichiarazioni:

<input type="checkbox"/> <b>permesso retribuito per partecipazione a concorsi pubblici ed esami</b> <i>(massimo gg. 8/anno – massimale cumulativo con aggiornamento facoltativo)</i>	Dichiaro di aver partecipato nella giornata del _____ a: <input type="checkbox"/> Prova di concorso pubblico per il profilo di _____, presso l'Ente: _____ <input type="checkbox"/> Prova di esame in _____, presso l'Istituto scolastico/universitario: _____ _____ cui sono regolarmente iscritto. <i>Si allega attestato di partecipazione</i> <i>Per l'aggiornamento facoltativo compilare il "modello unico aggiornamento" reperibile nella sezione Modulistica Formazione</i>										
<input type="checkbox"/> <b>2. permesso retribuito per lutto</b> <i>(massimo 3 gg. )</i>	Dichiaro che il familiare sig./a _____ nato/a a _____ il _____ è deceduto in data _____ nel comune di _____ legame di parentela/affinità con il familiare (barrare la casella che interessa) <table border="1" data-bbox="644 1861 1442 2049"> <tr> <td>Coniuge</td> <td>Nonno/a</td> </tr> <tr> <td>Convivente (stesso stato di famiglia)</td> <td>Fratello/sorella</td> </tr> <tr> <td>Genitore</td> <td>Suocero/a</td> </tr> <tr> <td>Figlio/a</td> <td>Nipote (figlio del figlio)</td> </tr> <tr> <td>Genero/nuora</td> <td></td> </tr> </table>	Coniuge	Nonno/a	Convivente (stesso stato di famiglia)	Fratello/sorella	Genitore	Suocero/a	Figlio/a	Nipote (figlio del figlio)	Genero/nuora	
Coniuge	Nonno/a										
Convivente (stesso stato di famiglia)	Fratello/sorella										
Genitore	Suocero/a										
Figlio/a	Nipote (figlio del figlio)										
Genero/nuora											

<p><input type="checkbox"/> <b>3. permesso retribuito per particolari motivi personali o familiari per:</b> (massimo 18 ore/anno)</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Nascita del figlio</b>                      Dichiaro che mio figlio/a _____                      è nato/a il _____                      nel comune di _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Ricovero del familiare presso strutture ospedaliere pubbliche o private</b>                      Dichiaro che il familiare sig./a _____                      _____ nato/a a _____                      _____ il _____                      è stato ricoverato nel periodo dal _____ al _____                      presso la struttura _____                      in località _____  <i>per le strutture private, si allega certificato di ricovero</i>                      legame di parentela/affinità con il familiare (barrare la casella che interessa)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Coniuge</td><td>Nonno/a</td></tr> <tr><td>Convivente (stesso stato di famiglia)</td><td>Fratello/sorella</td></tr> <tr><td>Genitore</td><td>Suocero/a</td></tr> <tr><td>Figlio/a</td><td>Nipote (figlio del figlio)</td></tr> <tr><td>Genero/nuora</td><td></td></tr> </table> <p><input type="checkbox"/> <b>Accompagnamento del familiare a visite specialistiche, esami diagnostici presso strutture pubbliche o private</b>                      (sono escluse le visite presso medici di medicina generale, pediatri, prelievi ematici )                      Dichiaro che il familiare sig./a _____                      _____ nato/a a _____                      _____ il _____                      ha effettuato una prestazione sanitaria come da documentazione allegata  <i>si allega attestazione di presenza per accompagnamento rilasciata dal medico o dalla struttura pubblica o privata che ha erogato la prestazione</i>                      legame di parentela/affinità con il familiare (barrare la casella che interessa)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Coniuge</td><td>Nonno/a</td></tr> <tr><td>Convivente (stesso stato di famiglia)</td><td>Fratello/sorella</td></tr> <tr><td>Genitore</td><td>Suocero/a</td></tr> <tr><td>Figlio/a</td><td>Nipote (figlio del figlio)</td></tr> <tr><td>Genero/nuora</td><td></td></tr> </table> <p><input type="checkbox"/> <b>Effettuazione di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici da parte del dipendente presso strutture pubbliche o private</b> (sono escluse le visite presso medici di medicina generale, prelievi ematici )  <i>Si allega attestazione di presenza rilasciata dal medico o dalla struttura pubblica o privata che ha erogato la prestazione</i></p>	Coniuge	Nonno/a	Convivente (stesso stato di famiglia)	Fratello/sorella	Genitore	Suocero/a	Figlio/a	Nipote (figlio del figlio)	Genero/nuora		Coniuge	Nonno/a	Convivente (stesso stato di famiglia)	Fratello/sorella	Genitore	Suocero/a	Figlio/a	Nipote (figlio del figlio)	Genero/nuora	
Coniuge	Nonno/a																				
Convivente (stesso stato di famiglia)	Fratello/sorella																				
Genitore	Suocero/a																				
Figlio/a	Nipote (figlio del figlio)																				
Genero/nuora																					
Coniuge	Nonno/a																				
Convivente (stesso stato di famiglia)	Fratello/sorella																				
Genitore	Suocero/a																				
Figlio/a	Nipote (figlio del figlio)																				
Genero/nuora																					

<p><i>segue</i></p> <p><b>permesso retribuito per particolari motivi personali o familiari</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Vaccinazioni obbligatorie di figli minori</b></p> <p>Dichiaro che mio figlio/a _____ nato/a a _____ il _____ è stato sottoposto a vaccinazione come da documentazione allegata.</p> <p><i>Si allega attestazione di presenza per accompagnamento rilasciata dal medico o dalla struttura pubblica o privata che ha erogato la prestazione</i></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Testimonianze per fatti non d'ufficio, in procedimenti civili o penali.</b>(Sono escluse le testimonianze rese in processi dove il dipendente è parte in causa nonché le testimonianze rese in processi nell'interesse dell'ente)</p> <p><i>Si allega attestato di presenza all'udienza</i></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Esercizio del diritto di voto.</b> Per le giornate di voto e per raggiungere la residenza anagrafica, in alternativa alla fruizione di ferie o recuperi ore</p> <p><i>Si allega copia del certificato elettorale recante il timbro di voto</i></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Gravi calamità naturali che rendono oggettivamente impossibile il raggiungimento della sede di servizio, qualora lo stato di calamità sia stato proclamato dalle autorità locali.</b></p> <p>Dichiarazione di responsabilità. Dichiaro che in occasione della calamità naturale di _____, avvenuta nel comune di _____ per la giornata del _____ non ero oggettivamente in grado di raggiungere la sede di lavoro per le seguenti motivazioni : _____ _____ _____</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>4. permesso retribuito per matrimonio</b> <i>(gg. 15 consecutivi, da fruirsi entro 30 giorni dall'evento)</i></p>	<p>Dichiaro di aver contratto matrimonio con il sig./a _____ nato/a a _____ il _____ Il matrimonio è avvenuto il _____ nel comune di _____</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>altro motivo previsto da disposizioni di legge</b> (specificare):</p>	<p><input type="checkbox"/> permessi per donazione sangue</p> <p><input type="checkbox"/> permessi per donatori midollo osseo</p> <p><input type="checkbox"/> permessi per esercizio funzioni pubbliche elettive</p> <p><input type="checkbox"/> permessi per effettuazione esami prenatali</p> <p><input type="checkbox"/> permessi per controlli sanitari disposti dal medico competente</p> <p><input type="checkbox"/> permessi per espletamento funzioni di giudice popolare permessi per svolgimento operazioni elettorali</p> <p><input type="checkbox"/> permessi per volontariato nelle attività di protezione civile</p>

	<input type="checkbox"/> permessi per volontari del Corpo nazionale del soccorso alpino e speleologico <input type="checkbox"/> altro _____ _____ <i>Si allega attestato di presenza</i>
--	---

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma del dipendente** \_\_\_\_\_

**Valutate le esigenze organizzative/operative di servizio, si autorizza l'assenza del dipendente nel periodo richiesto.**

**Il Direttore / Coordinatore di riferimento** \_\_\_\_\_

*(l'eventuale diniego per esigenze di servizio deve essere comunicato al dipendente, a cura del Direttore / Coordinatore di riferimento)*

\*\*\*\*\*

**SPAZIO RISERVATO UNITA' OPERATIVA RISORSE UMANE**

Viste le dichiarazioni effettuate nonché la documentazione allegata alla presente istanza

- si autorizza la fruizione del premesso richiesto in quanto conforme alla regolamentazione aziendale
- NON si autorizza la fruizione del premesso richiesto in quanto eccedente il limite massimo previsto dalla normativa. L'assenza viene giustificata come ferie
- NON si autorizza la fruizione del premesso richiesto in quanto non conforme alla regolamentazione aziendale. L'assenza viene giustificata come ferie
- NON si autorizza la fruizione del premesso richiesto in quanto pervenuto oltre il termine dei 2 mesi successivi a quello di effettuazione.. L'assenza viene giustificata come ferie

**Il Direttore della UO Risorse Umane** \_\_\_\_\_