

Al Sig. Dirigente del Servizio _____

Al Sig. Dirigente del Servizio Risorse Umane

LORO SEDI

OGGETTO: Richiesta permesso orario retribuito per espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici (art. 44 CCNL 16.11.2022)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, dipendente di questa Amministrazione, con profilo professionale di _____, Area _____, Servizio _____, matricola n. _____

CHIEDE

di usufruire del permesso retribuito di cui all'art. 44 del CCNL 16.11.2022 per n° _____ ore (massimo 18 ore annuali) il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____, ovvero per l'intera giornata del _____ per le seguenti motivazioni:

Il/La sottoscritto/a si impegna al rientro in servizio a presentare apposita documentazione attestante il motivo per il quale necessita la propria assenza dal luogo di lavoro e l'attestazione di presenza, **anche in ordine all'orario**, redatta dal medico o dal personale amministrativo della struttura, anche privati, che hanno svolto la visita o la prestazione (art. 44 co.9 CCNL 16.11.2022)

FIRMA

Data, li _____

VISTA LA RICHIESTA, SI AUTORIZZA
Il Dirigente
