



GIUSTIFICATIVO DI ASSENZA DAL SERVIZIO

Il/La dipendente _____ Matr. n. _____

in qualità di _____ [indicare la Struttura] _____

mail dipendente _____ tel. dipendente _____

codice: _____ da data _____ a data _____ tot.giorni _____

codice: _____ da data _____ a data _____ tot.giorni _____

codice: _____ dalle ore _____ alle ore _____ tot.ore _____ data _____

LEGENDA CODICI CAUSALI CHE NECESSITANO DI ALLEGATO	
<i>(Il riconoscimento delle assenze è subordinato alla presentazione della documentazione attestante il diritto alla fruizione)</i>	
17	permesso orario per motivi sindacali
19	permesso orario/giornaliero per studio (max 150 ore annue) – art.62 C.C.N.L. Comparto Sanità 2019/21
71	corsi di aggiornamento, perfezionamento (<i>Dirigenza Medica e Amm.va max 208H annue</i>)
120H	malattia ad Ore (<i>max 18 ore annue</i>) - art. 54 C.C.N.L. Comparto Sanità 2019/21
122	partecipazione ad eventi, convegni, concorsi, esami scolastici universitari (<i>Area Comparto max 8 gg. annui</i>) – art.50 C.C.N.L. Comparto Sanità 2019/21
126	matrimonio (<i>15 gg. Consecutivi - entro 45 gg. dall'evento</i>) – art.50 C.C.N.L. Comparto Sanità 2019/21
130	lutto - Indicare grado di parentela (<i>max 3 gg. per evento - entro 7 gg. lavorativi dalla data del decesso</i>) – art.50 C.C.N.L. Comparto Sanità 2019/21
133	donatori di sangue e di midollo osseo – art.52 C.C.N.L. Comparto Sanità 2019/21
138	permesso giornaliero per motivi sindacali (<i>allegare: lettera di convocazione e attestato partecipazione entro 48 h dalla data di convocazione specificando la natura del permesso</i>)
148	attività di seggio elettorale
56	riposo compensativo attività di seggio elettorale

LEGENDA CODICI CAUSALI SENZA ALLEGATO	
10	congedo ordinario (FEAP - FEAC)
13	congedo Rischio Radiologico (FERX) - Congedo Rischio Anestesiologico (FEAN) (da usufruire consecutivamente)
14	permesso orario per esigenze personali (max 36 ore annuali) con obbligo di recupero – art.55 C.C.N.L. Comparto Sanità 2019/21
REBO	recupero Banca Ore (solo Comparto Sanità) – art.48 C.C.N.L. Comparto Sanità 2019/21
131	particolari motivi personali o familiari (<i>max 18 ore annue</i>) - art. 51 C.C.N.L. Comparto Sanità 2019/21 - art. 37 C.C.N.L. Area Sanità 2016/19
	particolari motivi personali o familiari (<i>max 3 giorni annui</i>) - art. 19 C.C.N.L. Area Funzioni Locali

Foggia, li _____

_____ firma leggibile del dipendente

_____ data e timbro con firma leggibile del Coordinatore oppure
Posizione Organizzativa

_____ data e timbro con firma leggibile del Direttore o Dirigente

Il presente giustificativo, munito dei documenti richiesti, va trasmesso esclusivamente all' indirizzo mail: rilevazionepresenze@ospedaliriunitifoggia.it, debitamente sottoscritto e in formato PDF.

Con riferimento al trattamento dei dati personali per finalità amministrative connesse al rapporto di lavoro in essere con il Policlinico Riuniti di Foggia, il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'Informativa redatta ai sensi degli artt. 13-14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali (Reg. UE n. 2016/679 o GDPR) e resa nota mediante pubblicazione sul sito aziendale ("Amministrazione trasparente" -Personale-Modulistica per dipendenti) ove è disponibile il presente modulo da utilizzare per le istanze di congedo.

La/Le presente/i dichiarazioni sostitutive di certificazione e/o dell'atto di notorietà sono redatte ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. e devono essere corredate da copia di un documento d'identità in corso di validità del/dei dichiarante/i.