



IRCCS  
Saverio de Bellis

**PugliaSalute**

**Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico**

Ente di diritto pubblico D.M. del 31.03.1982

Sede legale ed operativa: via Turi n°27

70013 Castellana Grotte (BARI)

C.F. – P.IVA: 00565330727



Dasa-Rägister

EN ISO 9001:2015  
IQ-1208-14

**Al Direttore /Dirigente Responsabile**

**della U.o. di \_\_\_\_\_**

**Sede**

Oggetto: Ferie / Riposi / Permessi retribuiti

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

in servizio presso l'U.o. di \_\_\_\_\_

con qualifica di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di assentarsi nel seguente periodo**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di gg. \_\_\_\_\_

al \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di gg. \_\_\_\_\_

**per la seguente motivazione:**

Ferie anno precedente          Ferie anno in corso

Recupero / Riposo compensativo (motivazione \_\_\_\_\_ )

Legge 104 / 92 \_\_\_\_\_

Permesso Sindacale (motivazione \_\_\_\_\_ )

Permesso Retribuito (motivazione \_\_\_\_\_ )

Aggiornamento (motivazione \_\_\_\_\_ )

Altro \_\_\_\_\_

Castellana Grotte, il \_\_\_\_\_

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_

Nulla osta

il Dirigente Referente

Coordinatore / Referente di Comparto di U.o

\_\_\_\_\_

Si autorizza il Direttore / Dirigente Responsabile della U.o.

\_\_\_\_\_

**N.B.** : Il modulo, correttamente compilato, per la registrazione di servizio va consegnato all'Ufficio Rilevazione presenze il venerdì di ogni settimana o l'ultimo giorno lavorativo di fine mese.