

__ Sottoscritt__

COGNOME

NOME

comunica al Direttore Amministrativo dell'Università degli Studi del Molise che il seguente periodo di assenza dal servizio è dovuto a:

MALATTIA

dal ___/___/___ al ___/___/___

chiede alla S.V. di poter usufruire di un:

PERMESSO RETRIBUITO per :

DOCUMENTATA GRAVE INFERMITA' CONIUGE / PARENTE ENTRO IL SECONDO GRADO/ CONVIVENTE Art.30 comma 1 CCNL 9.8.2000

(Max n.3 gg. all'anno)

dal ___/___/___ al ___/___/___

per _____

VISTO SI AUTORIZZA

NASCITA FIGLI / GRAVI MOTIVI PERSONALI O FAMILIARI Art.30 comma 2 CCNL 9.8.2000

(Max n.3 gg. all'anno)

dal ___/___/___ al ___/___/___

per _____

VISTO SI AUTORIZZA

PER MATRIMONIO (Max n.15 gg. consecutivi)

PARTECIPAZIONE A CONCORSI OD ESAMI (Max n. 8 gg. all'anno)

LUTTO (Max n.3 gg. lavorativi per evento)

DONAZIONE SANGUE

ALTRO _____

dal ___/___/___ al ___/___/___

VISTO del Responsabile

riservandosi di produrre la relativa documentazione giustificativa.

Campobasso, li _____

firma
