

Al Direttore
Servizio del Personale
Sede

OGGETTO: Richiesta di permesso retribuito (30 gg per anno di vita del bambino) per malattia del figlio minore di anni tre (art. 25 comma 2 CCNL Comparto Sanità 1994/1997 - art. 25 e 26 comma 3 CCNL Dirigenza 1994/1997).

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____, residente in _____ via _____
_____ n. _____ telef. _____
in servizio a tempo indeterminato/determinato presso la U.O. _____
con il profilo professionale di _____

CHIEDE

Ai sensi della normativa sopraccitata di usufruire di n. _____ giorni di permesso retribuito dal _____ al _____ per assistere il figlio minore di anni tre.

Si allega certificato medico del bambino

- Nome e cognome del bambino _____
- Data di nascita _____

Documentazione da allegare eventualmente: 1) se entrambi i genitori sono dipendenti dell'ASL di Nuoro: dichiarazione di rinuncia della madre dei benefici in favore del marito e per il periodo richiesto. 2) se la madre è dipendente di altra amministrazione (pubblica o privata) dichiarazione attestante 1) la rinuncia da parte della madre dei benefici per il periodo richiesto 2) gli eventuali periodi di permesso per malattia del figlio di età inferiore ai tre anni già usufruiti dalla madre.

_____, li _____

(firma del richiedente)

Il Responsabile della U.O.

(Firma) _____

(Data) _____