



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

MODULO

per la comunicazione relativa alla fruizione di
permessi sindacali retribuiti
 da inviare una copia al Rilevatore presenze di riferimento
 e una copia alla Direzione del Personale fax 0932 600808
 indirizzo e-mail: mattia.dimauro@asp.rg.it

A cura del Dirigente Sindacale richiedente		
Cognome		Nome
Codice fiscale	Matricola	Qualifica
Sede di servizio		Numero di telefono
Data permesso		Durata presunta ore
Tipologia permesso	Espletamento mandato (partecipazione a convegni, congressi di natura sindacale e a trattative sindacali)	
	Riunione organismi direttivi statutari	
	O.S. cui imputare il permesso o RSU	
Data comunicazione		
Firma del Dirigente sindacale		
Firma per presa visione del Dirigente U.O.		
Firma per autorizzazione del segretario provinciale della O.S. di riferimento		

Note:

A cura della Direzione del Personale	
Trasmesso al responsabile procedimento GEDAP (nome)	
Data di trasmissione	
Firma del trasmettitore Relazioni Sindacali	
Firma del Ricevitore responsabile procedimento GEDAP	

Note: