



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**

Settore Servizio Informatico  
via Teocrito 18  
97100 Ragusa

Telefono  
0932447406

FAX  
0932658781

EMAIL  
settore.informatico@asp.rg.it

WEB  
www.asp.rg.it

DATA

PROT.

v020002.doc

A:  
Settore Affari del Personale  
Ufficio Rilevazione Presenze-Assenze

OGGETTO : MODELLO [A] UNICO ASSENZE

Il/la sottoscritt\_\_\_\_\_ dipendente di  
ruolo/non di ruolo dell'Azienda con la qualifica di  
\_\_\_\_\_ **MATRICOLA** \_\_\_\_\_ in  
servizio presso (Unità Operativa/Servizio/Ufficio)  
\_\_\_\_\_ **CHIEDE** di poter fruire di:

ASSENZA	COD.	DAL	AL	gg
<input type="checkbox"/> FERIE	12			
<input type="checkbox"/> FERIE <i>solo per rischio radiologico</i>	113			
<input type="checkbox"/> FERIE <i>solo per sala operatorie</i>	153			
<input type="checkbox"/> MALATTIA <i>patologie gravi</i>	61			
<input type="checkbox"/> MALATTIA <i>causa di servizio</i>	16C			
<input type="checkbox"/> AGGIORNAMENTO OBBL.	47			
<input type="checkbox"/> AGGIORN. FAC. <i>solo Dirig.</i>	23			
<input type="checkbox"/> AGG./ESAMI/CONC. <i>Comparto</i>	28			
<input type="checkbox"/> RIPOSO COMPENSATIVO	11			
<input type="checkbox"/> LEGGE 104/92 art.33	22			
<input type="checkbox"/> PERM.RETR. <i>(18 hh. anno)</i>	38			
<input type="checkbox"/> FUNZ.AMM. <i>(cariche pubbliche)</i>	60			
<input type="checkbox"/> ASSIST. FIGLI <3 ANNI	133			
<input type="checkbox"/> PERM. PER STUDIO 150 hh	15			
<input type="checkbox"/> MISSIONE/COMANDO	20			
<input type="checkbox"/> DONAZIONE SANGUE	39			
<input type="checkbox"/> ALTRO specificare				

Recapito durante l'assenza: ..... tel.....

Data richiesta ..... firma richiedente .....

ANNOTAZIONI

*Timbro e firma del responsabile per autorizzazione*

.....