

 <p><b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</b></p>	<p><b>PERMESSO BREVE</b></p>	<p><b>Modello 0</b></p> <hr/> <p>Pag. 1/1</p>
---	------------------------------	---

**ALLA SEGRETERIA DELL'ARTICOLAZIONE AZIENDALE**

**Presidio Ospedaliero/Dipartimento Territoriale \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_

in forza all'Unità Operativa di \_\_\_\_\_

**CHIEDE:**

di poter fruire di un permesso breve come di seguito indicato:

**GIORNO** \_\_\_\_\_

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza:

1. Dell'obbligo di recuperare le ore di lavoro non effettuate, in una o più soluzioni, in relazione alle esigenze di servizio, entro i due mesi successivi al giorno di fruizione del permesso breve richiesto, salvo motivazioni oggettive che ne consentano il differimento, concordando con il Dirigente i termini e le modalità di recupero;
2. Dell'obbligo, da parte dell'Amministrazione, di trattenere una somma pari alla retribuzione corrispondente alle ore di lavoro non prestate, solo nel caso in cui non sia stato possibile il recupero del permesso breve per motivi imputabili al sottoscritto.

*Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza dell'informativa per il trattamento di dati personali ai sensi dei D. L?s. 196/2003 " e di essere consapevole che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per iole scopo.*

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE: VISTO SI AUTORIZZA : \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE: VISTO NON SI AUTORIZZA PERI SEGUENTI MOTIVI:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il Dirigente

\_\_\_\_\_