12.4.23

Al Direttore Generale
dell'A.S.P.
Istituzioni Assistenziali Riunite

Sede

OGGETTO: Congedo per malattia ai sensi dell'art. 55 septies comma 5 ter del D.Lgvo 165/2001.
Art. 44 CCNL Funzioni Locali (Max 3 gg. o 18 ore annue)
Art. 54 CCNL Sanità (Max 3 gg. o 18 ore annue)

~~Il~~La sottoscritto/a SCINALDI ANNA MARIA dipendente a tempo indeterminato/~~determinato~~, presso l'ASP–II.AA.RR S. MARGHERITA chiede di poter usufruire del permesso per malattia ai sensi dell'art. 55 septies comma 5 ter del Decreto Legislativo 165/2001 per:

n° _____ giorno il _____

n° _____ giorni dal _____ al _____

n° 1 ore del giorno 17.04.2023 dalle 14 alle 15

per espletamento di:

- Visita specialistica
- Terapia
- X Esami diagnostici

Allega attestazione rilasciata dal medico o dalla struttura pubblica o privata, che ha svolto la visita o la prestazione, anche in relazione all'orario.

Distinti saluti.

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO E/O DIRIGENTE

AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA

ISTITUZIONI ASSISTENZIALI RIUNITE
DI PAVIA

Pavia 17.04.2023

DICHIARAZIONE DI MANCATA TIMBRATURA

Il/la sottoscritto/a SGINALDI ANNA MARIA

dichiara che il giorno 17.04.2023

entrava alle ore 06^50 usciva alle ore 14^15

FIRMA

DICHIARAZIONE DI PRESENZA IN SERVIZIO

in riferimento alla dichiarazione su esposta si conferma la presenza in servizio

Il Dirigente responsabile del servizio