

Al Direttore

Al Responsabile Amministrativo Delegato Dipartimento di Scienze mediche e cardiovascolari.

Pos/A:

|  |
| --- |
| Il/La sottoscritto/a |
| In servizio presso Dipartimento di Scienze Mediche e Cardiovascolari |
| Con la qualifica di |
| Recapito | Tel. |

Chiede la concessione dei seguenti periodi di:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \*Ferie/festività soppresse | gg. | dal | al |
| Assenza per infortunio in servizio | gg. | dal | al |
| Assenza malattia | gg. | dal | al |
| \*Concorsi ed esami (max. 8 gg.) | gg. | dal | al |
| \*Lutto (max. 3 gg. per evento) | gg. | dal | al |
| Nascita figlio | gg. | dal | al |
| Motivi personali o familiari (max. 3 gg.) | gg. | dal | al |
| Permesso grave infermità coniuge o parente | gg. | dal | al |
| Donatori di sangue | gg. | dal | al |
| \*Permesso studio/ 150 ore (n. ore) | gg. | dal | al |
| Permesso portatori handicap (L. 104/92 art.33) | gg. | Dal | Al |
| Permesso sindacale (n. ore) | gg. | dal | al |
| Matrimonio (max. 15 gg.) | gg. | dal | al |
| Interdizione dal lavoro | gg. | dal | al |
| Congedo maternità | gg. | dal | al |
| Congedo parentale | gg. | Dal | Al |
| Congedo malattia bambino | gg. | dal | al |
| \*Congedo per motivi di famiglia | gg. | dal | al |
| \*Congedo per motivi di studio | gg. | dal | al |
| Aspettativa per obblighi di leva | gg. | dal | al |
| Corso di aggiornamento professionale | gg. | dal | al |
| Missione | gg | dal | al |
| Varie | gg. | dal | al |

\*Allegati

Roma li, **Il Richiedente**

■ **\*VISTO SI AUTORIZZA**

■ **\*VISTO NON SI AUTORIZZA**

|  |  |
| --- | --- |
| *Il Responsabile Amministrativo Delegato Dott.ssa Maria Laura Pittalis* | *Il Direttore**Prof. Fabio Miraldi* |

**Dipartimento di Scienze mediche e cardiovascolari**

CF: 80209930587 PI: 02133771002

Viale del Policlinico 155, 00161 Roma e-mail: dipartimento.smc@uniroma1.it pec: dipsmc@cert.uniroma1.it