



COMUNE DI CELLAMARE
Città Metropolitana di Bari

Piazza Risorgimento 33
Servizio Segreteria – Personale
Tel. 0804657920-21

Al Segretario Comunale

SEDE

OGGETTO: Richiesta permesso orario retribuito per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici (art. 35 CCNL 2016-2018).

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ il _____ e residente in
_____, Responsabile del Settore
_____ di questa Amministrazione,

CHIEDE

Di usufruire del permesso orario retribuito per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici spettante a norma di legge per n. _____ ore (massimo 18 ore annuali) il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____, per le seguenti motivazioni:

Il/La sottoscritto/a si impegna al rientro in servizio a presentare apposita documentazione attestante il motivo per il quale necessita la mia assenza dal luogo di lavoro.

Cellamare, _____

FIRMA

VISTA LA COMUNICAZIONE

Data, _____

Il Segretario Comunale
