



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO - I.R.C.C.S.



GIUSTIFICATIVO DI ASSENZA

Data di compilazione ____/____/____ REGIONE DEL VENETO

UOC Gestione Risorse Umane - Ufficio Verifica Presenze

| | | | |
|-----|----------------------|----------------------|----------------------|
| | GIORNO | MESE | ANNO |
| dal | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| al | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

matricola

Cognome e Nome _____

Qualifica _____

Reparto /servizio _____

Tel. Interno _____

FERIE 501

| | | | |
|---------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| FERIE | 1 <input type="checkbox"/> | FERIE AGGIUNTIVE ANESTESIA | 7 <input type="checkbox"/> |
| FERIE AGGIUNTIVE RX | 2 <input type="checkbox"/> | NOTE: | |

PERMESSI RETRIBUITI (allegare documentazione) 502

| | | | | | |
|--|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------|----------|
| LUTTI (coniuge o convivente, fino al 2° grado di parentela/affini di 1° grado) | 6 <input type="checkbox"/> | MOTIVI PERS. / FAM. , NASCITA FIGLI (18 ore annuali, non è necessario allegare la documentazione - RICHIESTA A ORE per giornata intera consultare la procedura online) | 17 <input type="checkbox"/> | DALLE ORE | ALLE ORE |
| MATRIMONIO | 8 <input type="checkbox"/> | | | | |
| ESAMI /CONCORSO | 10 <input type="checkbox"/> | | | NOTE | |

PERMESSI A VARIO TITOLO (allegare documentazione) 503

| | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|---|------------------------------|-----------|----------|
| CARICHE PUBBLICHE | 2 <input type="checkbox"/> | RIDUZIONE ORARIO Dlgs 151/2001 | 9 <input type="checkbox"/> | | |
| DIRITTO ALLO STUDIO - 150 ORE | 4 <input type="checkbox"/> | PERMESSI ART. 33 L. 104/92 | 12 <input type="checkbox"/> | | |
| DONAZIONE SANGUE | 5 <input type="checkbox"/> | PERMESSI ART. 33 L. 104/92 (2 ORE) | 13 <input type="checkbox"/> | DALLE ORE | ALLE ORE |
| INTERVENTI PROTEZIONE CIVILE | 6 <input type="checkbox"/> | VISITE MEDICHE/TERAPIE/ESAMI SPECIALISTICI DEL PERSONALE DIPENDENTE | 534 <input type="checkbox"/> | DALLE ORE | ALLE ORE |
| CITAZIONE A TESTIMONIARE (per l'ente) | 7 <input type="checkbox"/> | | | | |

ASSENZE A VARIO TITOLO (allegare documentazione) 504

| | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|------|
| VISITE DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA | 81 <input type="checkbox"/> | RIP. DIFFERITO (SETT.,FEST.,NAZ.) del _____ | 1 <input type="checkbox"/> | NOTE |
| REC. ORE ACCANTONATE (A ORE) | 3 <input type="checkbox"/> | ATTIVITA' SERV. FUNZIONI ELETTORALI | 21 <input type="checkbox"/> | |
| AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE DIRIGENTI | 6 <input type="checkbox"/> | RIP.COMPENSATIVO ATTIVITA' ELETTORALE | 23 <input type="checkbox"/> | |
| Note: | | Note: | | |

CONGEDO PARENTALE (allegare modulo autocertificazione congedo parentale)

CONGEDO PARENTALE RETRIBUITO 100% (502-13)
 RETRIBUITO 30 % (505-11)
 NON RETRIBUITO (505-51)

1/2 GIORNATA
 GIORNATA INTERA

PERMESSO MALATTIA FIGLIO/A (allegare modulo autocertificazione malattia del figlio)

PERMESSO PER MALATTIA FIGLIO/A RETRIBUITO 100 % (502-14)
 NON RETRIBUITO (505-52)

FIRME DI CONVALIDA

IL DIPENDENTE _____

IL RESPONSABILE _____

NOTE UFFICIO DEL PERSONALE

ALLEGATI