

Pos. A/ _____

Alla Direttrice Generale
SAPIENZA UNIVERSITA' DI ROMA

Il/la Sottoscritto/a	
In servizio presso	
Categoria e posizione economica	
Recapito	tel.

chiede la concessione dei seguenti periodi di:

- | | | |
|---|----------|------------------|
| <input type="checkbox"/> * Ferie /Festività sopresse | gg. ____ | dal ____ al ____ |
| <input type="checkbox"/> Assenza per infortunio in servizio | gg. ____ | dal ____ al ____ |
| <input type="checkbox"/> Assenza Malattia Prot. n. | gg. ____ | dal ____ al ____ |
| <input type="checkbox"/> Assenza per visita specialistica (max 18 ore) | gg. ____ | dal ____ al ____ |
| <input type="checkbox"/> Concorsi ed esami (max 8 gg.) | gg. ____ | dal ____ al ____ |
| <input type="checkbox"/> Lutto (max 3 gg. per evento) | gg. ____ | dal ____ al ____ |
| <input type="checkbox"/> * Permesso Particolari Motivi personali o familiari (3 gg. max 18 ore) | gg. ____ | dal ____ al ____ |
| | | |
| <input type="checkbox"/> Permesso per grave infermità coniuge o parente (max. 3 gg.) | gg. ____ | dal ____ al ____ |
| | | |
| <input type="checkbox"/> Donatori di sangue (L. n. 584/67, art.1) | gg. ____ | dal ____ al ____ |
| <input type="checkbox"/> * Permesso studio /150 ore (n. ____ ore) | gg. ____ | dal ____ al ____ |
| <input type="checkbox"/> Permesso portatore handicap o assistenza (L.104/92 art. 33) | gg. ____ | dal ____ al ____ |
| <input type="checkbox"/> Permesso sindacale (n. ____ ore) | gg. ____ | dal ____ al ____ |
| <input type="checkbox"/> Matrimonio (max 15 gg.) | gg. ____ | dal ____ al ____ |
| <input type="checkbox"/> Interdizione dal lavoro | | dal ____ al ____ |
| <input type="checkbox"/> Congedo maternità | | dal ____ al ____ |
| <input type="checkbox"/> Congedo parentale | gg. ____ | dal ____ al ____ |
| <input type="checkbox"/> Permesso malattia bambino | gg. ____ | dal ____ al ____ |
| <input type="checkbox"/> * Congedo per motivi di famiglia | gg. ____ | dal ____ al ____ |
| <input type="checkbox"/> * Congedo per motivi di studio | gg. ____ | dal ____ al ____ |
| <input type="checkbox"/> Varie _____ | gg. ____ | dal ____ al ____ |

Allegati _____

Firma del richiedente

Il Responsabile

* Valutati i motivi addotti dal dipendente e le esigenze di servizio si esprime parere favorevole.

Roma, lì _____