



Codice Badge _____ Struttura _____ Telefono _____

Cognome _____ Nome _____

Tempo indeterminato Tempo determinato

PERMESSO RICHIESTO dal _____ al _____ Totale giorni _____

- Esami prenatali (allegare certificato medico con orario esami, visite o accertamenti clinici)
- Grave infermità (massimo 3 giorni all'anno) del coniuge o di un parente entro il secondo grado (o del convivente purché la convivenza risulti da certificazione anagrafica)
- Consultazioni elettorali e attività inerenti
- Incarichi Enti Pubblici

ALTRI PERMESSI

- ✓ per la richiesta dei **permessi sindacali** deve essere utilizzato il modulo presente al seguente link: [modulo richiesta permessi sindacali](#)
- ✓ per la richiesta di **malattia figlio da 0 a 3 anni** deve essere utilizzato il modulo presente al seguente link: [modulo richiesta malattia figlio 0/3 anni](#)
- ✓ per la richiesta di **malattia figlio da 3 a 8 anni** deve essere utilizzato il modulo presente al seguente link: [modulo richiesta malattia figlio 3/8 anni](#)

Importante: ogni assenza deve essere preventivamente autorizzata dal Responsabile della Struttura di appartenenza.

Firma del richiedente

Firma del Direttore della Struttura

Allegati N° _____
