



RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE

Il/ La Sottoscritto/a n° matricola
Dipendente/ Comandata/o c/o l'Unità CNISM di
richiede la seguente autorizzazione:

FERIE

Dal al

RECUPERO FESTIVITÀ SOPPRESSE

A giorni dal al

PERMESSO PER VISITA MEDICA

Per il giorno.....dalle ore.....alle ore.....
Inviare certificato attestante la permanenza presso la struttura sanitaria e la sua durata.

PERMESSI RETRIBUITI

dal giorno..... aldalle ore.....alle ore.....

CONGEDO MATRIMONIALE
Inviare certificato di matrimonio o autocertificazione. La data del matrimonio deve necessariamente essere compresa nel periodo richiesto.

CONCORSI/ESAMI
Inviare attestato di partecipazione alla prova.

NASCITA FIGLI O GRAVI MOTIVI PERSONALI O FAMILIARI
Inviare autocertificazione

GRAVE INFERMITA' (art.4.c.1 L.53/2000)
Inviare autocertificazione e documentazione attestante la grave infermità del congiunto o parente assistito

LUTTO
Inviare autocertificazione

PERMESSO SINDACALE
Inviare dichiarazione dell'Organizzazione Sindacale attestante l'avvenuta partecipazione alla convocazione

DONAZIONE SANGUE:
Inviare certificazione attestante l'avvenuta donazione

ASSISTENZA PORTATORE HANDICAP (art.33 c.3 L.104/92).....
Inviare autocertificazione e documentazione attestante handicap

RICHIESTA PERMESSO BREVE A RECUPERO

Per il giornoDalle ore alle ore

RECUPERO

Flessibilità (Liv. I-III) **Missione (Sab. o festivo)** **Giorno festivo**

Per il giorno dalle ore..... alle ore

RICHIESTA STRAORDINARIO

Per il/i giorno/i (specificare)..... per n° ore:
NB: la richiesta può essere avanzata solo per ore intere, non anche per frazioni di ora. In caso di richiesta relativa ad ore effettuate in più giornate indicare, oltre al totale anche il dettaglio delle ore richieste nelle diverse giornate.

Li, Firma del Richiedente

Firma per autorizzazione
(il Responsabile scientifico) (il Coordinatore di Unità)