

Pos. A/ _____

Al Direttore Generale
SAPIENZA UNIVERSITÀ DI ROMA

I sottoscritt	
In servizio presso il Dipartimento di Matematica Guido Castelnuovo	
Categoria e posizione economica	
Recapito	tel.

chiede la concessione dei seguenti periodi di:

- | | |
|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> * Ferie / Festività soppresse | 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 per particolari motivi personali o familiari (max 3 gg. / 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 di 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 | gg. ____ 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 del Servizio

Il Direttore

Roma, lì _____

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