



REGIONE TOSCANA
Giunta Regionale

DIREZIONE ORGANIZZAZIONE, PERSONALE GESTIONE E SICUREZZA SEDI DI LAVORO

Disposizioni per il personale dipendente
in materia di

ASSENZE

Appendice
modulistica

Approvate con Decreto del Direttore n. Del

Come trasmettere le richieste

Per la trasmissione delle richieste di assenza i dipendenti possono optare, compatibilmente con le loro dotazioni informatiche, tra una delle seguenti modalità:

1. **Modulo compilato e sottoscritto con firma digitale o altro tipo di firma elettronica** qualificata da inviare tramite posta elettronica ordinaria al proprio dirigente che a sua volta lo firma in digitale e lo invia a: ufficiogiuridicodelpersonale@regione.toscana.it e/o all'ufficio presenze assenze.
2. **Modulo compilato e trasmesso per via telematica mediante il sistema informatico regionale denominato Apaci¹.**
3. **Modulo cartaceo compilato con firma autografa** da trasmettere al proprio dirigente per la relativa firma. Il modulo cartaceo in "originale" firmato dal dirigente e dal dipendente sarà recapitato all'ufficio giuridico/ufficio presenze assenze entro i termini previsti per la regolarizzazione dell'orario di lavoro dalle disposizioni vigenti in materia. E' sempre possibile anticiparlo per mail a: ufficiogiuridicodelpersonale@regione.toscana.it e/o all'ufficio presenze assenze.

1

Per inviare la comunicazione occorre accedere in NUOVA COMUNICAZIONE, selezionare come ente destinatario: "REGIONE TOSCANA – GIUNTA" e nel campo oggetto deve essere indicato necessariamente il "tipo di richiesta e il settore di appartenenza". Nel rispetto della normativa, Apaci restituisce RICEVUTA di consegna che attesta l'avvenuta ricezione della comunicazione sui sistemi regionali; inoltre tale sistema invia al mittente anche il numero di protocollo attribuito alla comunicazione in ingresso da Regione Toscana.

Sommario

all.1 Richiesta ferie solidali.....	5
all.1 bis Richiesta ferie dell'anno successivo.....	6
all.2 Cessione ferie solidali	7
all.3 Assenza per malattia per attendere a cure idrotermali	8
all. 4 Assenza per malattia per attendere a cure elioterapiche, climatiche e psammoterapiche	9
all. 5 Congedo per cure invalidi	10
all. 6 Permessi giornalieri retribuiti concorsi, esami, lutti, matrimonio, unione civile, grave infermità.....	11
all. 7 Permessi giornalieri retribuiti seggi elettorali, donazione sangue, midollo osseo o organi..	13
all. 8 Riposo compensativo a seguito di funzioni elettorali	14
all. 9 Permessi retribuiti per lo svolgimento delle funzioni di giudice popolare	15
all. 10 Richiesta permesso giornaliero retribuito per lo svolgimento delle funzioni di giudice popolare.....	16
all. 11 Permesso giornaliero retribuito per operazioni ed esercitazioni di protezione civile e operazioni di soccorso del corpo nazionale del soccorso alpino e speleologico.	17
all. 12 Permessi per il diritto allo studio (richiesta autorizzazione).....	18
all. 13 Permesso non retribuito per funzioni di giudice onorario o di vice procuratore onorario..	20
all. 14 Congedo di maternità	21
all. 15 Rientro anticipato dal congedo di maternità	22
all. 16 Congedo di paternità obbligatorio ex art.27 bis D.lgs. 151/2001	23
all. 16bis Congedo di paternità alternativo	24
all. 17 Congedo parentale.....	25
all. 18 Sospensione del congedo parentale per malattia del figlio/malattia propria	26
all. 18 bis Revoca del congedo parentale	27
all. 19 Congedo per malattia del figlio.....	28
all. 20 Congedo di maternità/paternità in caso di adozione/affidamento.....	29
all. 21 Congedo parentale in caso di adozione.....	30
all. 22 Congedo per il periodo di permanenza nello stato straniero per l'adozione.....	31
all. 23 Aspettativa per richiamo in servizio militare	32
all. 24 Aspettativa per motivi personali	33
all. 25 Aspettativa per gravi e documentati motivi di famiglia.....	34
all. 26 Aspettativa per grave disagio personale.....	35
all. 27 Aspettativa per dottorato di ricerca o borsa di studio.....	36
all. 28 Aspettativa retribuita per dottorato di ricerca	37
all. 29 Aspettativa per assegno di ricerca.....	38
all. 30 Aspettativa non retribuita per ricercatore/ricercatrice a tempo determinato.....	39

all. 31 Aspettativa per ricongiungimento al coniuge che presta servizio all'estero	40
all. 32 Aspettativa per attività di cooperazione internazionale allo sviluppo.....	41
all. 33 Aspettativa per incarico a tempo determinato presso ente pubblico o istituzioni U.E.....	42
all. 34 Aspettativa per avviare attività.....	43
all. 35 Aspettativa non retribuita ex art.23 bis D.lgs. 165/2001.....	44
all. 36 Rientro dall'aspettativa/congedo straordinario.....	45
all. 37 Congedo non retribuito per la formazione	46
all. 38 Aspettativa per carica pubblica elettiva	47
all. 39 Permessi per carica pubblica elettiva	48
all. 40 Permessi orari per dipendenti in particolari condizioni psico-fisiche.....	49
all. 41 Congedo ex art. 24 D.Lgs. 80/2015	50
all. 42 Permessi per il dipendente con handicap grave	51
all. 43 Permessi per assistenza a persone con handicap grave.....	52
all. 44 Prolungamento del congedo parentale per assistenza figlio minore con handicap grave ...	54
all. 45 Riduzione orario per assistenza figlio minore con handicap grave	55
all. 46 Permessi mensili per assistenza figlio con handicap grave.....	56
all. 47 Congedo retribuito per assistenza familiari con handicap grave	58
all. 48 Permesso non retribuito per assistenza familiari con handicap grave	60
all. 49 Permesso non retribuito per il personale a tempo determinato	61

all.1 Richiesta ferie solidali

Al Settore Amministrazione del personale

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____
per l'assistenza nei confronti del figlio _____ nato il _____
che necessita di cure costanti, chiede di fruire nel corrente anno di n. gg. _____ (massimo 30) di
ferie solidali ed allega la certificazione comprovante lo stato di necessità delle cure rilasciata da
idonea struttura sanitaria pubblica o convenzionata.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

all.1 bis Richiesta ferie dell'anno successivo

Allo Stato Matricolare

All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____
per esigenze di carattere eccezionale, chiede di essere autorizzato a fruire anticipatamente di n. _____
giorni di ferie (*di norma max 5*) relative all'anno _____ dal _____ al _____.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Si autorizza

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all.2 Cessione ferie solidali

Al Settore Amministrazione del personale

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____

assegnato/a al _____

con rapporto di lavoro :

- A tempo pieno
 A tempo parziale verticale al%

DICHIARA

di voler cedere a titolo gratuito, nella misura, alle condizioni e secondo le modalità stabilite dal vigente CCNL* n° giorni di ferie _____ (massimo 12 giorni).

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

*art. 30 CCNL Comparto Funzioni Locali del 18.05.2018 e art. 17 CCNL Area Funzioni Locali del 17.12.2020

all.3 Assenza per malattia per attendere a cure idrotermali

All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____, affetto/a da
una patologia che è compresa tra quelle dell'elenco allegato al D.M. 12.08.1992 e successive
modificazioni ed integrazioni, comunica che intende assentarsi dal servizio dal _____
al _____ (max 15 giorni) per attendere ad un ciclo di cure idrotermali presso lo stabilimento
_____ sito in _____
_____ .

Fa presente di aver acquisito la proposta di cure idrotermali da parte del medico di base.

Allega alla presente, quale documento che dà diritto all'assenza, la motivata prescrizione redatta ai
sensi dell'art. 16, comma 5, della l. 30.12.1991, n. 412, dal medico specialista del Servizio Sanitario
ovvero dal medico dell'I.N.A.I.L..

Si riserva di presentare, al rientro in servizio, il certificato dello stabilimento termale attestante
l'effettuazione delle cure.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 4 Assenza per malattia per attendere a cure elioterapiche, climatiche e psammoterapiche

All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____

assegnato/a al _____ comunica:

- di essere invalido civile con percentuale superiore ai due terzi, cieco, invalido per causa di guerra, di servizio e del lavoro, come risulta dalla certificazione allegata alla presente domanda, già agli atti dell'amministrazione;

- che intende assentarsi dal servizio dal _____ al _____ (max 15 giorni) per attendere ad un ciclo di cure elioterapiche, climatiche e psammoterapiche.

Allega alla presente, quale documento che dà diritto all'assenza, la motivata prescrizione redatta dal medico specialista del Servizio Sanitario ovvero dal medico dell'I.N.A.I.L. attestante:

- l'invalidità e il grado se civile;

- l'esistenza della patologia e la connessione di questa all'invalidità;

- il tipo di cura e di località;

- l'idoneità terapeutica o riabilitativa della cura;

- la maggiore efficacia ed utilità terapeutica o riabilitativa della cura se tempestivamente prestata.

Si riserva di presentare, al rientro in servizio, la certificazione rilasciata dall'Azienda sanitaria del luogo di soggiorno attestante la rispondenza della località in cui ha soggiornato al tipo di località prescritto dal medico specialista del Servizio Sanitario ovvero dal medico dell'I.N.A.I.L., l'effettiva permanenza nella località di cura e il relativo periodo.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 5 Congedo per cure invalidi

All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____

assegnato/a al _____ comunica:

- di essere invalido civile con percentuale superiore al 50% come risulta dalla certificazione medica
 allegata alla presente domanda già agli atti dell'amministrazione;

- che intende assentarsi dal servizio dal _____ al _____ (max 30 giorni) per attendere ad un ciclo di cure (fisioterapiche, riabilitative ecc), con il trattamento economico calcolato secondo il regime delle assenze per malattia.

Trasmette con la presente, quale documento che dà diritto all'assenza, la prescrizione redatta dal medico di famiglia o appartenente ad una struttura sanitaria pubblica, dalla quale risulta la necessità della cura in relazione all'infermità invalidante riconosciuta.

Si riserva di presentare, al rientro in servizio, la certificazione di avvenuta sottoposizione alle cure rilasciata dalla struttura o dal sanitario che ha eseguito la prestazione.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 6 Permessi giornalieri retribuiti concorsi, esami, lutti, matrimonio, unione civile, grave infermità

All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____ chiede di
usufruire del/i giorno/i _____ o dal _____ al _____ di
permesso retribuito per:

- a - partecipazione a concorsi o esami, procedure selettive o comparative, anche di mobilità, procedure selettive per i passaggi tra le aree;
- b - lutto per decesso del coniuge, parente entro il secondo grado, affine entro il primo grado o del convivente (tre giorni per evento da fruirsi entro 7 gg. lavorativi dal decesso ovvero in caso di motivate esigenze anche entro il mese successivo a quello del decesso.);
- c - matrimonio o unione civile (quindici giorni consecutivi la cui fruizione deve iniziare entro 45 gg dalla data dell'evento o nel caso di eventi imprevisti che rendano oggettivamente impossibile la fruizione del permesso entro tale termine, potrà essere concordato con il dirigente un ulteriore periodo.);
- d - grave infermità del coniuge, di un parente entro il secondo grado o di un componente la famiglia anagrafica (massimo tre giorni all'anno).

Il/la sottoscritto/a, per la grave infermità di cui alla lettera *d*, chiede di fruire delle ore corrispondenti a n. _____ giorni di permesso come segue: _____
_____.

Allega, o si riserva di trasmettere, la dichiarazione sostitutiva di certificazione o dell'atto di notorietà e, per il motivo di cui alla lettera *d*, la certificazione medica indicante espressamente che la persona da assistere è affetta da grave infermità.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Per presa visione

Il dipendente fruisce del permesso di cui alla lettera *d* dal _____ al _____ e/o per ore n. _____ gg _____.

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DI CUI AGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445 DEL 28.12.2000

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
in relazione alla richiesta di Permessi giornalieri retribuiti concorsi, esami, lutti, matrimonio, unione civile, grave infermità del/i giorno/i _____ o dal _____ al _____,
ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del citato DPR 445/2000

DICHIARA

(*lett.a – partecipazione concorsi ed esami*)

(*lett.c – matrimonio o unione civile*)

(*lett. b – permessi per lutto*) che il giorno _____ nel Comune di _____

è deceduto/a il/la Sig. _____ nato/a _____

il _____ già residente in _____ via _____

_____ e che la suddetta persona è (indicare relazione)

_____ del/la sottoscritto/a;

(*lett. d – permessi per grave infermità*) che il/la Sig. _____

è (indicare relazione) _____ del/la sottoscritto/a.

Il dichiarante prende atto che qualora emerga la non veridicità delle presenti dichiarazioni, l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza dal beneficio, ai sensi dell'art.75 del DPR 445/2000.

Data _____ Il/la dichiarante _____

(firma per esteso e leggibile)

all. 7 Permessi giornalieri retribuiti seggi elettorali, donazione sangue, midollo osseo o organi

All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____ comunica che
usufruirà di n. giorni _____ dal _____ al _____ di permesso straordinario retribuito
per il seguente motivo:

- adempimento di funzioni presso gli uffici elettorali in occasione di consultazioni elettorali o referendum (allega la documentazione che dà titolo all'assenza e si riserva di trasmettere la certificazione comprovante i giorni di espletamento dell'incarico);
- donazione sangue (si riserva di trasmettere la prescritta certificazione di avvenuta donazione);
- donazione midollo osseo o organi (si riserva di trasmettere la prescritta certificazione sanitaria relativa agli accertamenti e alle operazioni di donazione).

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 8 Riposo compensativo a seguito di funzioni elettorali

All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____ chiede di
fruire dal _____ al _____ di n. _____ giorni di riposo compensativo per aver
svolto nei giorni _____ funzioni presso gli uffici elettorali.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Si autorizza

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 9 Permessi retribuiti per lo svolgimento delle funzioni di giudice popolare

Al Settore Amministrazione del personale

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____ chiede di
fruire dei permessi retribuiti per lo svolgimento della funzione di giudice popolare da svolgere dal
_____ presso: _____
_____ .

Allega la relativa documentazione.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 10 Richiesta permesso giornaliero retribuito per lo svolgimento delle funzioni di giudice popolare

All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____, con
riferimento alla nomina a giudice, comunica che il giorno _____ usufruirà del permesso
per lo svolgimento della funzione pubblica obbligatoria di giudice popolare.

Si riserva di presentare la certificazione rilasciata dall'organo competente comprovante l'effettivo
svolgimento dell'incarico ovvero a compilare la dichiarazione sostitutiva in calce alla presente.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

Il/la sottoscritto/a _____ ai sensi e per gli effetti di
cui all'art.46 DPR 445/2000, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per
dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del citato DPR
445/2000

DICHIARA

che il giorno _____ ha esercitato le funzioni di giudice popolare presso: _____
_____ .

Prende atto che qualora emerga la non veridicità delle presenti dichiarazioni, l'Amministrazione
regionale disporrà la decadenza dal beneficio, ai sensi dell'art.75 del DPR 445/2000.

Data _____

Firma _____

all. 11 Permesso giornaliero retribuito per operazioni ed esercitazioni di protezione civile e operazioni di soccorso del corpo nazionale del soccorso alpino e speleologico.

All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____ chiede di
usufruire dal _____ al _____ di permessi giornalieri retribuiti per la partecipazione
alle operazioni ed esercitazioni di protezione civile o alle operazioni di soccorso del corpo nazionale
del soccorso alpino e speleologico.

Allega la relativa documentazione.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 12 Permessi per il diritto allo studio (richiesta autorizzazione)

Al Settore Amministrazione del personale

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____

CHIEDE

la concessione dei permessi straordinari per il diritto allo studio (150 ORE) per l'anno _____
e a tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.46 DPR 445/2000, consapevole della responsabilità
penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come
disposto dall'art. 76 del citato DPR 445/2000

DICHIARA

1. (*solo per gli studenti universitari*) di essere per l'anno accademico _____ :
 iscritto in corso al _____ anno, ripetente NO SI; ovvero iscritto fuori corso
presso l'università di _____

al :

corso di laurea di durata _____ in _____
_____ ;
 corso di specializzazione post laurea di durata _____ in _____
_____ .

2. (*solo per gli studenti universitari*) di aver sostenuto, nell'anno _____, i seguenti
esami:

data	Esame	Esito

3. (*solo per gli studenti universitari*) di aver esaurito gli esami previsti dal piano di studi e (sia
iscritto regolarmente, sia iscritto con riserva) di dover adire alla sola preparazione o discussione
della tesi di laurea: SI NO

4. (*per i partecipanti ai corsi di qualificazione professionale*) di essere iscritto per l'anno _____ :
presso _____
al corso _____
_____ di durata _____ .

5. (*per i partecipanti ai corsi di qualificazione professionale*) di aver frequentato nell'anno _____
il corso _____
con esito _____ .

6. (*per tutti*) che il corso di studio per il quale sono richiesti i permessi è erogato **unicamente**
tramite modalità telematica:

SI NO

7. (*per tutti*) che il corso di studio per il quale sono richiesti i permessi è erogato tramite modalità telematica **integrata** con frequenza di corsi presso la scuola o in videoconferenza in orari vincolati coincidenti con l'orario di lavoro

SI NO

8. (*per tutti*) di aver richiesto e fruito in passato dei permessi per lo stesso corso di studio:

SI NO

9. altre dichiarazioni

Il sottoscritto prende atto che qualora emerga la non veridicità delle presenti dichiarazioni, l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza dal beneficio, ai sensi dell'art.75 del DPR 445/2000 ed il recupero stipendiale dei permessi utilizzati.

Data ____/____/____

Firma _____

all. 13 Permesso non retribuito per funzioni di giudice onorario o di vice procuratore onorario

Al Settore Amministrazione del personale

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____ con
riferimento alla disposizione n. _____ del _____ con la quale è stato/a autorizzato/a dal
_____ a svolgere l'attività extraimpiego di giudice onorario
o di vice procuratore onorario, chiede per il giorno _____ di usufruire di permesso non
retribuito.

Si riserva di presentare la certificazione rilasciata dall'organo competente comprovante l'effettivo
svolgimento dell'incarico ovvero a compilare la dichiarazione sostitutiva in calce alla presente.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Nulla osta

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

Il/la sottoscritto/a _____ ai sensi e per gli effetti di
cui all'art.46 DPR 445/2000, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per
dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del citato DPR
445/2000

DICHIARA

che il giorno _____ ha esercitato le funzioni di _____
_____ .

Prende atto che qualora emerga la non veridicità delle presenti dichiarazioni, l'Amministrazione
regionale disporrà la decadenza dal beneficio, ai sensi dell'art.75 del DPR 445/2000.

Data _____

Firma _____

all. 14 Congedo di maternità

Al Settore Amministrazione del personale

e, p.c. All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____, comunica
che si assenterà dal servizio per congedo di maternità **in una** delle seguenti modalità:

1) durante i due mesi precedenti la data del parto, previsto per il _____, e fino al terzo mese successivo alla stessa data o, se anticipato, alla data presunta. A tal fine allega il certificato medico di gravidanza.

2) dal mese precedente la data del parto, previsto per il _____, e fino al quarto mese successivo alla stessa data o, in caso di parto anticipato, alla data presunta.
Allega, a tal fine, il certificato medico di gravidanza e i certificati dello specialista ginecologo del S.S.N. e del medico dell'azienda attestanti il non pregiudizio alla salute della sottoscritta e del nascituro della posticipazione del congedo di maternità.

3) per congedo di maternità esclusivamente dopo l'evento parto previsto per il _____.
A tal fine allega il certificato medico di gravidanza e i certificati dello specialista ginecologo del S.S.N. e del medico dell'azienda attestanti l'assenza di pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro fino alla data presunta del parto ovvero fino all'evento del parto qualora dovesse avvenire in data successiva a quella presunta (**le certificazioni che conterranno il solo riferimento alla data presunta del parto, attestando l'assenza di pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro solo fino a tale data, saranno ritenute idonee a consentire lo svolgimento dell'attività lavorativa fino al giorno antecedente alla data presunta del parto, con conseguente inizio del congedo di maternità dalla data presunta stessa, e per i successivi cinque mesi- Circolare Inps 148/2019**).

Si riserva di trasmettere, entro 15 gg. dall'evento, la dichiarazione sostitutiva, ai sensi dell'art 46 del DPR 445/2000, del certificato di nascita.

Data ____/____/____

La dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 15 Rientro anticipato dal congedo di maternità

Al Settore Amministrazione del personale

e, p.c. All'ufficio presenze-assenze

La sottoscritta _____ matr. _____
assegnata al _____, comunica che intende
interrompere il congedo di maternità e riprendere servizio il _____.
Allega il certificato medico dello specialista ginecologo del S.S.N. e del medico dell'azienda
attestanti il non pregiudizio alla propria salute.

Data ____/____/____

La dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 16 Congedo di paternità obbligatorio ex art.27 bis D.lgs. 151/2001

Al Settore Amministrazione del Personale
e, p.c. All'ufficio presenze-assenze

Io sottoscritto _____ (matr. _____)

in servizio presso il Settore _____

chiedo la fruizione del congedo in oggetto per il/i seguente/i periodo/i²:

dal _____ al _____ per giorni _____;

dal _____ al _____ per giorni _____;

dal _____ al _____ per giorni _____;

A tal fine DICHIARA, (barrare una delle opzioni seguenti):

- che la data presunta del parto è il _____ come da copia della certificazione medica allegata (**congedo fruito nei 2 mesi antecedenti la data presunta parto**);
- ai sensi del d.p.r. 445/2000, che in data _____ è nata/o mia/o figlia/o _____ (**congedo fruito entro 5 mesi dalla data di nascita**);
- che il minore _____ nata/o il _____ è entrato a far parte del nucleo familiare il _____ come da copia del provvedimento del Tribunale dei Minori dello Stato Italiano ovvero il certificato dell'ente autorizzato a curare la procedura di adozione internazionale (**congedo fruito entro 5 mesi dall'ingresso in famiglia**);

DICHIARA altresì, ai sensi dell'art. 47 del d.p.r. 445/2000:

che presso altro datore di lavoro:

NON ha fruito di assenza per congedo di paternità obbligatorio

oppure

HA fruito dei seguenti giorni di congedo di paternità obbligatorio:

datore di lavoro _____ n. giorni _____

data _____ Firma del dipendente _____

=====

per presa visione:

data _____

Firma del dirigente della struttura di assegnazione _____

² I giorni di congedo sono 10 giorni lavorativi aumentati a 20 in caso di parto plurimo

all. 16bis Congedo di paternità alternativo

Al Settore Amministrazione del personale

e, p.c. All'ufficio presenze-assenze

Il sottoscritto _____ matr. _____
assegnato al _____, comunica che si
assenterà dal servizio:

- per tutta la durata del congedo di maternità con decorrenza dal _____;
- per la parte residua che sarebbe spettata alla lavoratrice dalla nascita del figlio con decorrenza dal _____.

Allega alla presente la documentazione comprovante il diritto a fruire del congedo di paternità in mancanza o in alternativa alla madre, in caso di morte o di grave infermità della madre, di abbandono o di affidamento esclusivo del bambino.

Data ____/____/____

Il dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 17 Congedo parentale

Al Settore Amministrazione del personale

e, p.c. All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____, in relazione al
figlio/a _____ CF _____ nato/a il _____

DICHIARA, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000:

A) che presso altro datore di lavoro:

- NON ha fruito di assenza per congedo parentale;
- HA fruito dei seguenti giorni di congedo parentale:

datore di lavoro _____ n. giorni _____ retribuiti al _____ %
datore di lavoro _____ n. giorni _____ retribuiti al _____ %

B) in relazione all'altro genitore:

- di essere l'unico genitore;
- che l'altro genitore non è lavoratore dipendente;
- che l'altro genitore Sig. _____ è dipendente di Regione Toscana (matr. _____);
- che l'altro genitore (Sig. _____ CF: _____) è

lavoratore dipendente ed ha fruito dei seguenti giorni di congedo parentale:

datore di lavoro _____ n. giorni _____ retribuiti al _____ %
datore di lavoro _____ n. giorni _____ retribuiti al _____ %

Il dichiarante è consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi così come disposto dall'art. 76 del citato DPR 445/2000 prende atto che qualora emerga la non veridicità di quanto dichiarato, l'amministrazione regionale disporrà la decadenza dal beneficio, ai sensi dell'art. 75, ed il recupero stipendiale dei permessi utilizzati.

C) comunica che fruirà:

- del congedo parentale a intera giornata dal _____ al _____ per n. giorni _____ ;
- del congedo parentale su base oraria il/i giorno/i _____ per n. ore _____ (minimo 1 ora) nella fascia oraria dalle _____ alle _____

Data _____ / _____ / _____

Il/la dipendente _____

Per presa visione

Data _____ / _____ / _____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 18 Sospensione del congedo parentale per malattia del figlio/malattia propria

Al Settore Amministrazione del Personale
ufficiogiuridicodelpersonale@regione.toscana.it

e pc. Ufficio presenze/assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____,
assegnato/a al _____, chiede

la sospensione della fruizione del congedo parentale iniziato il _____ a
partire dal giorno _____ per la seguente motivazione:

malattia propria come risulta dalla certificazione medica in mio possesso allegata in copia o che
mi riservo di trasmettere quanto prima;

malattia del figlio _____ nato/a il _____, come risulta dalla
certificazione medica in mio possesso allegata in copia o che mi riservo di trasmettere quanto
prima.

Data ____/_____/_____

Il/la dipendente _____

Indirizzo:

Tel:

e.mail:

***Nota: la sospensione del congedo parentale opera dal giorno in cui la presente richiesta perviene
al Settore Amministrazione del personale.***

per presa visione:

il dirigente responsabile dell'articolazione
organizzativa

all. 18 bis Revoca del congedo parentale

Al Settore Amministrazione del Personale

e, p.c. All'Ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ (matr. _____) in servizio presso il
Settore _____

con la presente revoca i/il seguente/i periodo/i di congedo parentale:

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

Data _____

Firma _____

per presa visione:

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 19 Congedo per malattia del figlio

All'ufficio presenze-assenze

e, p.c. Al Settore Amministrazione del personale

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____,
assegnato/a al _____, comunica che
usufruirà di giorni _____ dal _____ al _____ del seguente congedo
per malattia del figlio/a _____ nato/a
il _____:

- retribuito, massimo 30 giorni all'anno, complessivamente tra entrambi i genitori, fino al terzo anno di vita del bambino e a tal fine, dichiara, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi così come disposto dall'art. 76 del citato DPR 445/2000, che nell'anno entrambi i genitori hanno complessivamente fruito di gg. _____ di congedo retribuito per la malattia del figlio;
- non retribuito fino al terzo anno di vita del bambino;
- non retribuito dal terzo e fino all'ottavo anno di vita (max 5 giorni all'anno per ciascun genitore).

A tal fine allega il certificato medico di malattia del figlio (se rilasciato in formato cartaceo) e dichiara, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi così come disposto dall'art. 76 del citato DPR 445/2000, che l'altro genitore _____:

- è dipendente del _____
e non è in congedo dal lavoro negli stessi giorni della presente richiesta e per il medesimo motivo;
- non è lavoratore dipendente ed esercita l'attività lavorativa di _____.

Il dichiarante prende atto che qualora emerga la non veridicità delle presenti dichiarazioni, l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza dal beneficio, ai sensi dell'art.75 DPR 445/2000, ed il recupero stipendiale dei permessi retribuiti utilizzati.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 20 Congedo di maternità/paternità in caso di adozione/affidamento

Al Settore Amministrazione del personale

e, p.c. All'ufficio presenze-assenze

La/il sottoscritta/o _____ matr. _____
assegnata/o al _____, comunica,
in relazione all'adozione/affidamento del minore _____,
che si assenterà dal servizio per congedo di maternità/paternità come segue:

- a. per il periodo di tre mesi dal _____ al _____ entro cinque mesi dall'**affidamento non preadottivo** del suddetto minore avvenuto il _____;
- b. per il periodo di cinque mesi successivi all'effettivo ingresso in famiglia del suddetto minore avvenuto il _____ per **adozione/affidamento preadottivo nazionale**;
- c. per i seguenti cinque mesi:
 - per il periodo di permanenza all'estero dal _____ al _____,
 - per il periodo dal _____ al _____ entro i cinque mesi successivi all'effettivo ingresso in famiglia del suddetto minore avvenuto il _____ per **adozione/affidamento preadottivo internazionale**.

Per i casi *b*) e *c*) spetta il diritto all'assenza per il giorno di effettivo ingresso in famiglia del minore.

Allega la sentenza del Tribunale dei minori dello stato italiano ovvero il certificato rilasciato dall'ente autorizzato a curare la procedura di adozione internazionale e, se del caso, la dichiarazione di rinuncia della madre.

Data ____/____/____

La/il dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 21 Congedo parentale in caso di adozione

Al Settore Amministrazione del personale

e, p.c. All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____, in relazione al
figlio/a _____ CF _____ nato/a il _____ ed entrato
a far parte del nucleo familiare il _____

DICHIARA, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000:

A) che presso altro datore di lavoro:

NON ha fruito di assenza per congedo parentale;

HA fruito dei seguenti giorni di congedo parentale:

datore di lavoro _____ n. giorni _____ retribuiti al _____%

datore di lavoro _____ n. giorni _____ retribuiti al _____%

B) in relazione all'altro genitore:

di essere l'unico genitore;

che l'altro genitore non è lavoratore dipendente;

che l'altro genitore Sig. _____ è dipendente di Regione Toscana
(matr. _____);

che l'altro genitore (Sig. _____ CF: _____) è
lavoratore dipendente ed ha fruito dei seguenti giorni di congedo parentale:

datore di lavoro _____ n. giorni _____ retribuiti al _____%

datore di lavoro _____ n. giorni _____ retribuiti al _____%

Il dichiarante è consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi così come disposto dall'art. 76 del citato DPR 445/2000 prende atto che qualora emerga la non veridicità di quanto dichiarato, l'amministrazione regionale disporrà la decadenza dal beneficio, ai sensi dell'art. 75, ed il recupero stipendiale dei permessi utilizzati.

C) comunica che fruirà:

del congedo parentale a intera giornata dal _____ al _____ per n. giorni _____ ;

del congedo parentale su base oraria il/i giorno/i _____ per n. ore _____ (minimo
1 ora) nella fascia oraria dalle _____ alle _____

Data _____/_____/_____

Il/la dipendente _____

Per presa visione

Data _____/_____/_____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 22 Congedo per il periodo di permanenza nello stato straniero per l'adozione

Al Settore Amministrazione del personale

e, p.c. All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____,
assegnato/a al _____, comunica che
si assenterà dal lavoro per congedo non retribuito per la durata di permanenza all'estero per l'adozione
di minore straniero dal _____ al _____.

Si riserva di trasmettere la documentazione rilasciata dall'ente autorizzato a curare la procedura di
adozione attestante il periodo di permanenza all'estero.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 23 Aspettativa per richiamo in servizio militare

Al Settore Amministrazione del personale

e, p.c. All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____
comunica di essere stato/a richiamato/a in servizio militare per il periodo dal _____
al _____ e chiede la sospensione del rapporto di lavoro e la conservazione del posto per
tale periodo.

Allega copia della comunicazione della competente autorità militare.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 24 Aspettativa per motivi personali

Al Settore Amministrazione del personale

e, p.c. All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____
chiede di essere collocato/a in aspettativa non retribuita per il periodo dal _____ al _____
per i seguenti motivi personali _____
_____ .

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Si esprime sulla richiesta il seguente parere: _____

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 25 Aspettativa per gravi e documentati motivi di famiglia

Al Settore Amministrazione del personale

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____ chiede
di essere posto/a in aspettativa non retribuita per gravi e documentati motivi familiari per il periodo
dal _____ al _____ (massimo 2 anni nell'arco dell'intera vita lavorativa per le
assenze ex art. 4 l. 53/2000).

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di
atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, dichiara, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000,
quanto segue:

- che il/la Sig. _____ nato/a il _____
a _____ è _____,
(specificare la relazione di parentela o affinità)

è convivente con il sottoscritto SI , NO ed è stato/a riconosciuto/a soggetto con handicap SI ,
NO (in caso affermativo allega la relativa certificazione della commissione ex L.104/1992);

- di aver fruito presso altro datore di lavoro _____
(denominazione ed indirizzo)
_____ di n. _____ gg. di aspettativa/congedo ex art. 4, L.
53/2000.

Fa presente che i gravi motivi rientrano in uno dei seguenti casi:

- decesso - allega la relativa dichiarazione sostitutiva;
- cura o assistenza - allega la relativa dichiarazione;
- patologie acute o croniche - allega certificato medico,
 1. che riducono temporaneamente o permanentemente l'autonomia personale del familiare,
 2. che richiedono assistenza continuativa al familiare o frequenti monitoraggi clinici,
 3. che richiedono la partecipazione attiva del sottoscritto nel trattamento sanitario del familiare;
- patologie dell'infanzia e dell'età evolutiva - allega certificato medico - di cui ai precedenti punti 1 2 e 3, o per le quali il programma terapeutico richiede il coinvolgimento dei genitori.

Il dichiarante prende atto che qualora emerga la non veridicità delle presenti dichiarazioni,
l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza dal beneficio, ai sensi dell'art.75 DPR 445/2000.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Si esprime sulla richiesta il seguente parere: _____

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 26 Aspettativa per grave disagio personale

Al Settore Amministrazione del personale

e p.c. All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____ chiede di
essere posto/a in aspettativa ai sensi dell'art. 4 L. 53/2000 per il periodo dal _____ al
_____ (massimo 2 anni nell'arco dell'intera vita lavorativa).

Il/la sottoscritto/a fa presente, ai sensi del D.M. 278/2000, che sussistono condizioni di grave disagio personale (esclusa la malattia).

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamata dall'art. 76 del DPR 445/2000, dichiara, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, di aver fruito presso altro datore di lavoro _____

(denominazione ed indirizzo)

_____ di n. _____ gg. di aspettativa/congedo ex art. 4, l. 53/2000.

Il dichiarante prende atto che qualora emerga la non veridicità delle presenti dichiarazioni, l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza dal beneficio, ai sensi dell'art.75 DPR 445/2000.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Si esprime sulla richiesta il seguente parere: _____

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 27 Aspettativa per dottorato di ricerca o borsa di studio

Al Settore Amministrazione del personale

e p.c. All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____

assegnato/a al _____

chiede di essere collocato/a in aspettativa non retribuita per:

- dottorato di ricerca, ai sensi della legge 13 agosto 1984, n. 476,
- borsa di studio, ai sensi della legge 30 novembre 1989, n. 398,

presso l'istituto di _____

dell'Università degli studi di _____

per la durata di anni _____ dal _____ al _____.

A tal fine il/la sottoscritto/a, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, dichiara che:

- non ha già conseguito il titolo di dottore di ricerca;
- non ha fruito, in passato, dell'aspettativa per dottorato.

Allega la relativa documentazione.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Si esprime sulla richiesta il seguente parere: _____

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 28 Aspettativa retribuita per dottorato di ricerca

Al Settore Amministrazione del personale

e, p.c. All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a a _____ chiede di essere
collocato/a in aspettativa retribuita , ai sensi dell'art. 2 della legge 476/1984, per dottorato di ricerca
presso l'istituto di _____
de l'Università degli studi di _____ per la durata
di anni _____ dal _____ al _____.

A tal fine il/la sottoscritto/a, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, dichiara che:

- il dottorato di ricerca è privo di borsa di studio;
- ha rinunciato alla fruizione della borsa di studio connessa al dottorato di ricerca;
- non ha già conseguito il titolo di dottore di ricerca;
- non ha fruito, in passato, dell'aspettativa per dottorato.

Il sottoscritto si impegna a comunicare immediatamente l'eventuale cessazione anticipata dell'attività di dottorato. Si impegna, inoltre, a non cessare il rapporto di lavoro con la pubblica amministrazione prima che siano trascorsi due anni di servizio dal conseguimento del dottorato di ricerca e prende atto che, in caso di mancato rispetto di detto impegno, dovrà restituire all'amministrazione regionale gli emolumenti percepiti durante l'aspettativa.

Allega la relativa documentazione.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Si esprime sulla richiesta il seguente parere: _____

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 29 Aspettativa per assegno di ricerca

Al Settore Amministrazione del personale
e p.c. All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____
chiede di essere collocato/a in aspettativa non retribuita per assegno di ricerca, ai sensi dell'art. 22
della l. 30.12.2010 n. 240, presso l'istituto di _____
_____ dell'Università degli
studi di _____ per la durata di anni
_____ dal _____ al _____.

Allega la relativa documentazione.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Si esprime sulla richiesta il seguente parere: _____

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 30 Aspettativa non retribuita per ricercatore/ricercatrice a tempo determinato

Al Settore Amministrazione del personale

Il/La sottoscritto/a _____, matr. _____, assegnato/a a _____, chiede, ai sensi dell'art. 24 commi 1, 3 e 9 bis della legge 240/2010 così come modificata dall'art. 49 della legge 4 aprile 2012, n. 35, di essere collocato/a in aspettativa non retribuita per il periodo dal _____ al _____, al fine di stipulare con _____ un contratto di lavoro a tempo determinato in qualità di ricercatore/ricercatrice a tempo determinato ai sensi dell'art. 24, comma 3, lett. a) della Legge 240/2010.

Il/La sottoscritto/a allega alla presente _____ e si impegna a trasmettere copia del suddetto contratto quanto prima.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Si esprime sulla richiesta il seguente parere: _____

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 31 Aspettativa per ricongiungimento al coniuge che presta servizio all'estero

Al Settore Amministrazione del personale
e, p.c. All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr _____
assegnato/a al _____
chiede di essere collocato/a in aspettativa non retribuita per il periodo dal _____ al _____
per ricongiungimento al coniuge Sig. _____,
il quale presta il seguente servizio _____
_____.

Si impegna a comunicare immediatamente:

- la cessazione dell'effettiva permanenza all'estero del/della sottoscritto/a;
- il termine del servizio all'estero del coniuge.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Indirizzo e recapito telefonico:

Si esprime sulla richiesta il seguente parere: _____

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 32 Aspettativa per attività di cooperazione internazionale allo sviluppo

Al Settore Amministrazione del personale

e p.c. All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____
chiede, ai sensi dell'art 28 della l. n. 125 dell'11.8.2014, di essere collocato in aspettativa non retribuita
dal _____ al _____ per:

- essere impiegato all'estero nelle attività di cooperazione internazionale allo sviluppo;
- seguire il coniuge _____ in servizio di cooperazione.

Allega l'attestazione rilasciata dall'Agenzia italiana per la cooperazione allo sviluppo.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Si esprime sulla richiesta il seguente parere: _____

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 33 Aspettativa per incarico a tempo determinato presso ente pubblico o istituzioni U.E.

Al Settore Amministrazione del personale
e, p.c. All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____
chiede, ai sensi dell'art. 29, commi 10 e 11, L.R. 1/2009, di essere collocato/a in aspettativa non
retribuita per il periodo dal _____ al _____ al fine di stipulare con l'ente
pubblico/istituzione U.E. _____
_____ un contratto di lavoro a tempo
determinato in qualità di _____ .

Il/la sottoscritto/a si impegna a trasmettere copia del suddetto contratto.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Si esprime sulla richiesta il seguente parere: _____

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 34 Aspettativa per avviare attività

Al Settore Amministrazione del personale

e, p.c. All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato al _____ chiede di
essere collocato/a per il periodo dal _____ al _____ in aspettativa
non retribuita per avviare, ai sensi dell'art. 18 della L. 183 del 4.11.2010, la seguente attività
professionale/imprenditoriale _____

_____.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Parere del dirigente della struttura di assegnazione

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa _____
_____ vista la richiesta di cui sopra,
valutate le motivazioni addotte, la durata dell'aspettativa e le specifiche attività lavorative espletate
dal richiedente, esprime il seguente parere _____ .

Data ____/____/____

Il dirigente _____

Parere del direttore

Il direttore del _____ vista la richiesta di cui
sopra, visto l'art.30 del regolamento regionale. emanato con d.p.g.r. 24.3.2010 n.33/r e sentito il
dirigente responsabile della struttura di assegnazione del dipendente, esprime, relativamente alla
conciliabilità dell'attività professionale/imprenditoriale, per il cui svolgimento è richiesto il
collocamento in aspettativa, con la posizione di dipendente regionale del richiedente, il seguente
parere _____
_____ .

Data ____/____/____

Il direttore _____

all. 35 Aspettativa non retribuita ex art.23 bis D.lgs. 165/2001

(così come modificato dall'art.4 della Legge 56/2019).

Al Settore Amministrazione del Personale

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato al _____ chiede di
essere collocato/a in aspettativa non retribuita ai sensi dell'art.23 bis, D.lgs. 165/2001, per lo svolgimento
dell'attività di _____

presso _____

per il periodo dal _____ al _____.

A tal fine, ai sensi del comma 5 dell'art.23 bis, e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del d.p.r. 445/2000,

dichiara,

ai sensi dell'art.47 d.p.r. 445/2000 quanto segue:

a) nei due anni precedenti il/la sottoscritto/a non è stato addetto a funzioni di vigilanza, di controllo ovvero non ha stipulato contratti o formato pareri o avvisi su contratti, o concesso autorizzazioni a favore dei soggetti presso i quali intende svolgere l'attività;

b) il/la sottoscritto/a, in relazione ad attività da svolgere presso organismi e imprese private, con riguardo alla natura delle attività stesse e in relazioni alle funzioni precedentemente svolte, dichiara che le attività in parola non possono cagionare nocimento all'immagine dell'Amministrazione regionale o comprometterne il normale funzionamento o l'imparzialità.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Parere del Dirigente (per le richieste dei dipendenti) /del Direttore (per le richieste dei dirigenti) competente:

Sulla richiesta di cui all'oggetto, valutata l'istanza e visto quanto dichiarato ai precedenti punti a) e b), si esprime il seguente parere:

Data ____/____/____

firma

all. 36 Rientro dall'aspettativa/congedo straordinario

Al Settore Amministrazione del personale
e, p.c. All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto _____ matr. _____
già collocato/a in aspettativa/congedo straordinario dal _____ per _____
_____ comunica che, venute meno le motivazioni
dell'assenza, intende riprendere servizio il _____ (ultimo giorno di assenza il _____).

Resta in attesa della comunicazione da parte del Settore Amministrazione del personale.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Si esprime sulla richiesta il seguente parere: _____

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 37 Congedo non retribuito per la formazione

Al Settore Amministrazione del personale

e p.c. All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
dipendente dell'amministrazione regionale da oltre cinque anni ed assegnato/a al _____
_____ chiede di
essere collocato/a in congedo non retribuito per il periodo dal _____ al _____
(massimo 11 mesi nell'arco dell'intera vita lavorativa) per lo svolgimento della seguente attività formativa:

- completamento della scuola dell'obbligo
- conseguimento titolo di studio di II° grado
- conseguimento diploma universitario
- conseguimento laurea
- altra _____.

Il/la sottoscritto/a fa presente che la citata attività formativa, presso _____
_____, avrà una durata temporale di _____.

Dichiara, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, e consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi così come disposto dall'art. 76 del citato DPR 445/2000, di aver fruito presso il seguente altro datore di lavoro _____ di n. _____ gg di congedo ex art. 5, l. 53/2000.

Il dichiarante prende atto che qualora emerga la non veridicità delle presenti dichiarazioni, l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza dal beneficio, ai sensi dell'art. 75 DPR 445/2000.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Si esprime sulla richiesta il seguente parere: _____

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 38 Aspettativa per carica pubblica elettiva

Al Settore Amministrazione del personale

e p.c. All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____ chiede
di essere collocato/a in aspettativa per il periodo dal _____ al _____ per lo
svolgimento dell'incarico di _____
presso _____.

Data ____/____/____/

Il/la dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 39 Permessi per carica pubblica elettiva

Al Settore Amministrazione del personale

e p.c. All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____ chiede di
usufruire dei permessi retribuiti spettanti per lo svolgimento dell'incarico di _____
_____ presso _____
_____.

Data ___/___/_____

Il/la dipendente _____

Per presa visione

Data ___/___/_____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 40 Permessi orari per dipendenti in particolari condizioni psico-fisiche

Al Settore Amministrazione del personale

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____ chiede,
volendosi sottoporre al progetto terapeutico di recupero predisposto da una struttura sanitaria pubblica
o da una struttura associativa convenzionata, di fruire dei permessi giornalieri retribuiti nel limite
massimo di due ore per il periodo dal _____ al _____ (durata del
progetto di recupero).

Allega la certificazione sanitaria.

Si riserva di trasmettere la certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria comprovante l'effettiva
partecipazione al progetto terapeutico di recupero.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 41 Congedo ex art. 24 D.Lgs. 80/2015

Al Settore Amministrazione del personale

La sottoscritta _____ matr. _____
assegnata al _____ inserita
nei percorsi di protezione relativi alla violenza di genere, come risulta dalla certificazione allegata,
chiede di fruire del congedo previsto dall'art. 24 del d.lgs. 80/2015 per il periodo dal _____
al _____ (massimo tre mesi)

nella modalità a giorni come di seguito indicato _____

_____ ;

nella modalità ad ore (*solo per il personale delle categorie*) come di seguito indicato _____

_____ .

Data ____/____/____

La dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 42 Permessi per il dipendente con handicap grave

Al Settore Amministrazione del personale

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamata dall'art. 76 del DPR 445/2000, dichiara, ai sensi dell'art. 47 dello stesso DPR 445/2000, di essere stato riconosciuto/a soggetto con handicap in situazione di gravità con il verbale in data _____ dalla Commissione per l'accertamento dell'handicap dell'Azienda Sanitaria di _____, di cui allega copia.

Il/la sottoscritto/a chiede di usufruire per il periodo dal _____ al _____, ai sensi dell'art. 33 della L. 104/92, di uno dei seguenti benefici:

- due ore di permesso giornaliero nella fascia oraria dalle ore _____ alle ore _____;
- tre giorni o di 18 ore di permesso mensile.

Il dichiarante prende atto che qualora emerga la non veridicità delle presenti dichiarazioni, l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza dal beneficio, ai sensi dell'art. 75 DPR 445/2000, ed il recupero stipendiale dei permessi utilizzati. Si impegna a comunicare tempestivamente le variazioni delle situazioni dichiarate nella presente domanda.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 43 Permessi per assistenza a persone con handicap grave

Al Settore Amministrazione del personale

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____ chiede,
ai sensi della L. 104/92, art. 33, 3° comma, di usufruire del permesso di 3 giorni o 18 ore mensili per
assistere il/la Sig. _____ CF _____
portatore di handicap grave come risulta dal verbale rilasciato dalla Commissione medica prevista
dalla L. 104/92 allegato alla presente domanda.

Dichiara, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali cui può
andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi così come disposto
dall'art. 76 del citato DPR 445/2000, che il sig. _____ :

- ha con il sottoscritto la seguente relazione di parentela o affinità _____
e risiede in _____ via _____ n. _____.

*(se la distanza tra propria residenza e quella dell'assistito è superiore a 150 Km. il richiedente è tenuto ad attestare il
raggiungimento del luogo di residenza dell'assistito con titolo di viaggio o altra idonea documentazione)*

- non è ricoverato/a a tempo pieno *oppure* è ricoverato/a a tempo pieno e la fruizione dei
permessi avverrà al ricorrere delle condizioni indicate dalle circolari della Funzione Pubblica;

- è dipendente di una pubblica amministrazione : _____
_____;

(indicare ente, ufficio di appartenenza, indirizzo)

Dichiara inoltre:

- *(solo se la parentela o affinità con il disabile è di terzo grado)* che il genitore o il coniuge della persona
con handicap grave è deceduto, mancante, ha compiuto i 65 anni di età, è affetto da
patologie invalidanti *(nell'ultimo caso unisce la documentazione sanitaria comprovante le patologie invalidanti con esplicito
riferimento alla lettera d) dell'art. 2 del DM 278/2000);*

- di essere l'unico ad assistere il disabile e che nessun altro familiare beneficia dei permessi per
l'assistenza allo stesso;

oppure

- di fruire dei permessi per l'assistenza al familiare della presente richiesta in alternativa con altri
soggetti aventi diritto nel limite complessivo mensile di tre giorni o 18 ore *(il dipendente è tenuto a
trasmettere mensilmente all'ufficio presenze-assenze un'autocertificazione sulla base del facsimile allegato con cui comunica i giorni
fruiti nello stesso periodo dagli altri soggetti) .*

Il dichiarante prende atto che qualora emerga la non veridicità delle presenti dichiarazioni,
l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza dal beneficio, ai sensi dell'art.75 DPR 445/2000,
ed il recupero stipendiale dei permessi utilizzati. Si impegna a comunicare tempestivamente le
variazioni delle situazioni dichiarate nella presente domanda.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

allegato fac-simile Dichiarazione in caso di fruizione in alternativa con altri soggetti aventi diritto .

All'Ufficio Presenze - assenze di riferimento

Il/la sottoscritto/a _____, matr. _____

assegnato/a al _____, dichiara, ai sensi e per gli effetti di cui all' art. 47, DPR 445/2000, quanto segue :

- che il/la Sig. _____, nato/a a _____

il _____ C.F. _____ con riferimento ai permessi ex Legge 104/92, art. 33, comma 3 per il Sig. _____

(indicare il nome del familiare assistito)

nel mese di _____ ha fruito, entro il limite massimo di tre giorni o diciotto ore mensili tra gli aventi diritto, di n. giorni _____ : dal _____ al _____

dal _____ al _____

di n. ore _____ : il _____ per ore _____

il _____ per ore _____

il _____ per ore _____

presso il datore di lavoro _____

(indicare denominazione, indirizzo, recapito telefonico).

Il dichiarante prende atto che l'amministrazione regionale procederà al recupero stipendiale dei permessi indebitamente utilizzati o qualora emerga la non veridicità delle presenti dichiarazioni ai sensi dell'art. 76, DPR 445/2000.

data ____/____/____

Il/la dipendente _____

all. 44 Prolungamento del congedo parentale per assistenza figlio minore con handicap grave

Al Settore Amministrazione del personale

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____, assegnato/a al _____, comunica che si assenterà dal lavoro, ai sensi dell'art. 33 del Dlgs 151/2001, per prolungamento del congedo parentale dal _____ al _____ (massimo 2 anni e mezzo entro il dodicesimo anno di vita del figlio).

A tal fine, in relazione alla nascita del/la figlio/a _____, avvenuta il _____, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, e consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi così come disposto dall'art. 76 del citato DPR 445/2000, dichiara che:

- ha fruito presso altro datore di lavoro dei seguenti periodi di congedo parentale/ prolungamento
datore di lavoro _____ gg. _____
datore di lavoro _____ gg. _____
di cui retribuiti per intero gg. _____;

- l'altro genitore _____ ha fruito dei seguenti periodi di congedo parentale/ prolungamento
datore di lavoro _____ gg. _____
datore di lavoro _____ gg. _____
di cui retribuiti per intero gg. _____;

- l'altro genitore _____ dipendente del _____ non fruirà dello stesso beneficio o delle ore di riposo giornaliero o dei permessi di cui all'art. 33, commi 2 e 3, della l. 104/1992, durante il periodo di congedo parentale di cui alla presente richiesta.

- che il figlio non è ricoverato/a a tempo pieno

ovvero è ricoverato/a a tempo pieno ma dai sanitari è richiesta la presenza del sottoscritto/a per prestare assistenza, come da certificazione allegata.

Allega copia del verbale della Commissione per l'accertamento dell'handicap della Azienda sanitaria dal quale risulta che il/la figlio/a è stato/a riconosciuto/a soggetto con handicap in situazione di gravità. Il dichiarante prende atto che qualora emerga la non veridicità delle presenti dichiarazioni, l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza dal beneficio, ai sensi dell'art.75 DPR 445/2000, ed il recupero stipendiale dei permessi utilizzati. Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente le variazioni delle notizie e delle situazioni dichiarate nella presente domanda.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 45 Riduzione orario per assistenza figlio minore con handicap grave

Al Settore Amministrazione del personale

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____ chiede,
ai sensi della Legge n. 104/92, art. 33, comma 2, di usufruire dal _____ al _____ di due ore di
permesso giornaliero, nella fascia oraria dalle ore _____ alle ore _____, per assistere il/la
figlio/a _____ nato/a il _____.

Allega copia del verbale della Commissione per l'accertamento dell'handicap della Azienda Sanitaria
dal quale risulta che il/la figlio/a è stato/a riconosciuto/a soggetto con handicap in situazione di gravità.

Dichiara ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali cui può
andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi così come disposto dall'art.
76 del citato DPR 445/2000, che:

- l'altro genitore Sig. _____ dipendente
del _____ non fruirà dello
stesso beneficio o del prolungamento del congedo parentale o dei permessi di cui all'art. 33, comma
3, della l. 104/1992, durante il periodo di permesso di cui alla presente richiesta;

- il figlio non è ricoverato/a a tempo pieno
- ovvero è ricoverato/a a tempo pieno ma dai sanitari è richiesta la presenza del sottoscritto/a
per prestare assistenza, come da certificazione allegata.

Il dichiarante prende atto che qualora emerga la non veridicità delle presenti dichiarazioni,
l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza dal beneficio, ai sensi dell'art.75 DPR 445/2000,
ed il recupero stipendiale dei permessi utilizzati.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente le variazioni delle notizie e delle situazioni
dichiarate nella presente domanda.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 46 Permessi mensili per assistenza figlio con handicap grave

Al Settore Amministrazione del personale

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____ chiede,
ai sensi della l. 104/92, art. 33, 3° comma, di usufruire dal _____ al _____ del permesso
di 3 giorni o 18 ore mensili per assistere il/la figlio/a _____
nato/a il _____ CF _____ portatore di handicap
grave come risulta dal verbale rilasciato dalla Commissione medica prevista dalla L. 104/92
allegato alla presente domanda.

Dichiara, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali cui può
andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi così come disposto
dall'art. 76 del citato DPR 445/2000, che:

- l'altro genitore Sig. _____ dipendente
del _____

non fruirà del prolungamento del congedo parentale (*in caso di figlio minorenni*) o delle ore di
riposo giornaliero di cui all'art. 33, comma 2 L. 104/1992, o dei permessi art. 33 comma 3 L.
104/1992, durante il periodo di permesso di cui alla presente richiesta;

oppure

entrambi i genitori fruiranno dei permessi nel limite complessivo mensile di tre giorni o 18 ore (*il
dipendente è tenuto a trasmettere mensilmente all'ufficio presenze-assenze l'autocertificazione allegata con cui
comunica i giorni fruiti nello stesso periodo dall'altro genitore*);

Dichiara inoltre che:

il figlio non è ricoverato/a a tempo pieno *oppure* è ricoverato/a a tempo pieno e la fruizione dei
permessi avverrà al ricorrere delle condizioni indicate dalle circolari della Funzione Pubblica;

il figlio è dipendente di una pubblica amministrazione : _____
_____;

(indicare ente, ufficio di appartenenza, indirizzo)

Il dichiarante prende atto che qualora emerga la non veridicità delle presenti dichiarazioni,
l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza dal beneficio, ai sensi dell'art.75 DPR 445/2000,
ed il recupero stipendiale dei permessi utilizzati.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente le variazioni delle notizie e delle situazioni
dichiarate nella presente domanda.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

All'Ufficio Presenze -assenze di riferimento

Il/la sottoscritto/a _____, matr. _____

assegnato/a al _____, con riferimento ai permessi ex Legge 104/92, art. 33, comma 3, per il/la figlio/a _____ dichiara, ai sensi e per gli effetti di cui all' art. 47, DPR 445/2000, quanto segue :

che l'altro genitore _____, nato a _____ il _____ ha fruito dei permessi citati entro il limite massimo di tre giorni o diciotto ore mensili tra entrambi i genitori come indicato :

1) dal _____ al _____ ovvero ore _____ il _____

2) dal _____ al _____ ovvero ore _____ il _____

3) dal _____ al _____ ovvero ore _____ il _____

presso il datore di lavoro _____

(indicare denominazione, indirizzo, recapito telefonico).

Il dichiarante prende atto che l'amministrazione regionale procederà al recupero stipendiale dei permessi indebitamente utilizzati o qualora emerga la non veridicità delle presenti dichiarazioni ai sensi dell'art. 76, DPR 445/2000.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

all. 47 Congedo retribuito per assistenza familiari con handicap grave

Al Settore Amministrazione del personale

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____ chiede, ai sensi dell'art.
42 del D.Lgs. n. 151/2001, di essere posto dal _____ al _____ in congedo straordinario
retribuito per assistere il Sig. _____ .
(durata complessiva di due anni nell'arco della vita lavorativa, inclusi i periodi di congedo per gravi e documentati
motivi di famiglia ex art. 4, commi 1,2,3 e 4, della L. 53/2000)

Il/la sottoscritto/a comunica che il Sig. _____ CF
_____ è portatore di handicap grave come risulta dal verbale rilasciato dalla
Commissione medica prevista dalla L. 104/92 allegato alla presente domanda già agli atti
dell'amministrazione.

Dichiara, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 D.P.R. 445/2000, e consapevole delle responsabilità
penali cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi così come
disposto dall'art. 76 del citato DPR 445/2000 che:

- il Sig. _____ è residente in _____ via
_____ n. _____ ed è convivente con il sottoscritto;

oppure

- di instaurare la convivenza con il Sig. _____ entro l'inizio del periodo
di congedo richiesto;

- che il Sig. _____ ha con il sottoscritto la seguente relazione di parentela o
affinità _____ (indicare una delle tipologie di cui all'art. 42 comma 5 Dlgs. 151/2001) e
che (solo eventuale):

- il coniuge/parte dell'unione civile/convivente di fatto del portatore di handicap è mancante o
deceduto, affetto da patologie invalidanti³;

- i genitori del portatore di handicap sono mancanti o deceduti, affetti da patologie invalidanti⁴;

- i figli conviventi del portatore di handicap sono mancanti o deceduti, affetti da patologie
invalidanti⁵;

- i fratelli/sorelle conviventi del portatore di handicap sono mancanti o deceduti, affetti da
patologie invalidanti⁶;

Dichiara altresì che:

- il familiare disabile non è ricoverato/a a tempo pieno

ovvero è ricoverato/a a tempo pieno ma dai sanitari è richiesta la presenza del sottoscritto/a
per prestare assistenza, come da certificazione allegata;

- (per assistenza a familiari diversi da figlio minorenni) di essere l'unico ad assistere il disabile e
che nessun altro familiare beneficia dei permessi e del congedo per l'assistenza allo stesso;

- (per assistenza a figlio minorenni) che durante il periodo di congedo di cui alla presente

³ allega la documentazione sanitaria comprovante le patologie invalidanti con esplicito riferimento all'art. 2 comma 1 lettera d) del DM 278/2000

⁴ vd. Nota 3

⁵ vd. Nota 3

⁶ vd. Nota 3

richiesta l'altro genitore non usufruirà per l'assistenza allo stesso figlio delle due ore di permesso retribuito, dei tre giorni di permesso mensile di cui all'art. 33, commi 2 e 3 della L. 104/92 e del prolungamento del congedo parentale di cui all'art. 33 del D.Lgs. n. 151/2001;

- che il/la sottoscritto/a ha fruito presso altro datore di lavoro _____ di numero giorni _____ di assenza per congedo non retribuito per gravi e documentati motivi di famiglia ex legge 53/2000 e/o per congedo per assistenza familiari con handicap grave;

- che altri familiari hanno fruito di complessivi giorni _____ di assenza per congedo non retribuito per gravi e documentati motivi di famiglia ex legge 53/2000 e/o per congedo per assistenza familiari con handicap grave.

Il dichiarante prende atto che qualora emerga la non veridicità delle presenti dichiarazioni, l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza dal beneficio, ai sensi dell'art.75 DPR 445/2000, ed il recupero stipendiale dei permessi utilizzati.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente le variazioni delle notizie e delle situazioni dichiarate nella presente domanda.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 48 Permesso non retribuito per assistenza familiari con handicap grave

Al Settore Amministrazione del personale

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____ chiede,
ai sensi dell'art. 42, comma 5-quater, del Dlgs 151/2001 e in relazione al numero di ferie ridotte per
la fruizione del congedo per assistenza di familiare con handicap grave, un periodo di permesso non
retribuito dal _____ al _____ .

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Per presa visione

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa

all. 49 Permesso non retribuito per il personale a tempo determinato
Massimo 15 giorni complessivi

Al Settore amministrazione del personale
ufficiogiuridicodelpersonale@regione.toscana.it

e, p.c. All'ufficio presenze-assenze

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
assegnato/a al _____
chiede di essere collocato/a in permesso non retribuito dal _____ al _____
per i seguenti motivi _____.

Data ____/____/____

Il/la dipendente _____

Sulla presente richiesta si esprime il seguente parere _____

Data ____/____/____

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa
