

Richiesta Permessi retribuiti ex art. 15 CCNL (personale tempo indeterminato)

Il/La sottoscritto/a

Nome MARIA CRISTINA
Cognome MOCCHI
C.F. MCCMCR77E45F952P
E-mail mcmocchi@gmail.com

Riguarda!

In qualità di

- Docente
 ATA

in regime di

- full time
 part time

Se in regime di part time indicare il numero //
 di ore settimanali rapportati al proprio
 orario di servizio (es. 12/18, 17/24, 19/25)

Chiede di poter usufruire di un permesso
 retribuito ai sensi dell'art. 15 CCNL per:

- partecipazione a concorsi od esami (max 8 gg per a.s. comprensivi del viaggio)
 lutto (max 3 gg per evento anche non consecutivi)
 matrimonio (max 15 gg da una settimana precedente fino a 2 mesi successivi)
 donazione sangue
 motivi personali o familiari documentati (3 gg per a.s.)
 ex L.104/92 art.33 (3 gg al mese)
 ALTRO

In caso sia stato selezionato ALTRO
 indicare la fattispecie:

Dal 15/01/2018

Al 15/01/2018

per un totale di giorni: 1

A tal fine si impegna a far pervenire a
 questo ufficio:

- idonea documentazione
 autocertificazione (ai sensi del DPR 445/2000)

NOTE:

FIRMA ELETTRONICA SEMPLICE

Data 10/01/2018

Nome MARIA CRISTINA

Cognome MOCCHI

C.F. MCCMCR77E45F952P

E-mail mcmocchi@gmail.com



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
di Novara

Sede Legale: viale Roma, 7- 28100 Novara
Tel. 0321 374111 - fax 0321 374519
www.asl.novara.it

Borgomanero, li 15-01-2015

Oggetto: *Attestazione di avvenuta esecuzione di prestazione diagnostica-terapeutica*

Si attesta che il/la Sig./ra

Nome PIAZZA CRISTINA Cognome ROCCATI

data e luogo di nascita 05-05-1977

si è presentato/a presso il Presidio Ospedaliero SS.Trinità di Borgomanero

in data 15-01-2015 dalle ore 8-30 alle ore 10-00

per essere sottoposto/a a prestazione diagnostico/terapeutica

per accompagnare il/la figlio/a genitore

Nome NOBILIO Cognome ROCCATI

data e luogo di nascita 28-03-55 NOVARA

Si rilascia la presente, a richiesta dell'interessato/a, ai sensi e per gli effetti del D.Lgvo n. 196/2003 per gli usi consentiti dalla legge.

Il Direttore/ Il Dirigente Medico

REGIONE PIEMONTE ASL NO - NOVARA
PRESIDIO OSPEDALIERO BORGOMANERO 010009
3402 OCULISTICA
Dr.ssa Giovanna Vincenzina ABBIATI
Cod. Medico 030636GA



www.regione.piemonte.it/sanita

Azienda Sanitaria Locale NO Presidio Ospedaliero di Borgomanero
Viale Zoppis, 10 28021 BORGOMANERO (NO)
tel 0322/8481 , email dirmedica.bor@asl.novara.it