



Pos. A/ \_\_\_\_\_

Al Direttore Generale  
SAPIENZA UNIVERSITA' DI ROMA

I sottoscritt	
In servizio presso	
Categoria e posizione economica	
Recapito	tel.

chiede la concessione dei seguenti periodi di:

- |   |          |          |         |
|---|----------|----------|---------|
| <input type="checkbox"/> * Ferie /Festività sopresse  | 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 Particolari Motivi personali o familiari (3 gg. max 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 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  |          | 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**

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

Roma, lì \_\_\_\_\_